

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakkoarviointi

RAPORTTI

Raportti 12/2016

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakkoarviointi

30.6.2016

THL:n arviointiryhmä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Seija Puro

ISBN 978-952-302-686-5 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-687-2 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-687-2>

Raportti 12/2016

Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy

Tampere 2016

ESIPUHE

Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) on pyydetty sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutuksista alustava ennakoarviointi. Arvio valmistui lähes samaan aikaan, kun järjestämislakiluonnos julkistettiin kesäkuussa 2016.

THL ei tee tällaista ennakoarviota nyt ensimmäistä kertaa. Olemme arvioineet kaikkia aiempia sote-uudistukseen tähtääviä lakiehdotuksia, ja meillä on sitä varten kehitetty erittäin hyvin toimiva säädösehdotusten ennakoarvioinnin prosessi ja työkalu. Olemme myös voineet seurata useissa työryhmissä valmistelun etenemistä. Näin ollen meillä oli hyvät mahdollisuudet viimeistellä alustava arviomme hyvin nopeasti.

Näkemykseni on, että nyt valmistunut arviointi on ollut aikaisempiin verrattuna selkeästi haasteellisempi. Siihen vaikuttaa lähinnä kaksi asiaa. Ensinnäkin lakiluonnoksen sisältö on elänyt koko valmistelun ajan, aina koko lakipaketin julkistamiseen asti. Tämä on luonnollista ja hyväksyttävää, onhan kyseessä maamme historian yksi suurimmista julkisen sektorin reformeista. Toinen arviointia vaikeuttanut tekijä on se, että lainsäädännön kokonaisuuteen merkittävästi vaikuttavan valinnanvapauslainsäädännön valmistelu on kesken. Sen tuleva sisältö heijastuu järjestämislaissa moneen kohtaan.

Lain tavoitteet ovat pysyneet melko muuttumattomina, vaikka lakiluonnoksen sisältö on kehittynyt valmistelun edetessä. THL on arvioinut lakiluonnosta suhteessa lain tavoitteisiin ja toimeksiannossamme määriteltyihin 10 arviointikohtaan.

Korostan, että nyt julkaistava arvio on asiantuntijatyöhön perustuva arvio. Se ei ole THL:n kannanotto sote-uudistukseen. THL antaa oman lausuntonsa sote-uudistuksesta samaan aikaan kuin muutkin lausunnonantajat. Toivomme tämän arvion antavan kaikille lausunnonantajille pohjaa pohtia tehtyjä linjauksia ja niiden vaikutuksia.

Arvioinnin ydinviesteistä haluan nostaa tässä esille seuraavat kolme. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta maakunnille luo hyvät edellytykset parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta palvelujen saamisessa ja pitkällä aikavälillä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen on ollut keskeinen keino uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi, mutta sen toteutuminen jää vielä tässä vaiheessa epävarmaksi. Lakiluonnos tarjoaa selvästi nykyistä paremmat edellytykset toteuttaa välttämättömiä rakenteellisia uudistuksia.

Arviointi on tehty mahdollisimman pitkälle käytettävissä olevan tutkimustiedon, tietovarantojen, kansainvälisen tiedon ja THL:n oman asiantuntemustiedon varassa. Arviointiin on osallistunut THL:ssä noin 50 eri alojen asiantuntijaa. Lisäksi olemme haastatelleet lähes 90 asiantuntijaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän piiristä ja asiantuntijaorganisaatioista että kansalaisjärjestöjen ja etujärjestöjen edustajia.

Kiitän lämpimästi kaikkia arviointiin osallistuneita. Meillä on yhteinen näkemys uudistuksen tarpeellisuudesta. Nyt on löydettävä yhteinen reitti uudistuksen toteuttamiseksi viivyttämättä.

Helsingissä 30.6.2016

Juhani Eskola
Pääjohtaja

SISÄLLYS

Esipuhe

Sisällys

12 havaintoa sote-järjestämislakiluonnoksesta	7
1 Toimeksianto ja toteutus	13
2 Sote-uudistuksen keskeiset piirteet.	14
3 Edellytykset turvata riittävät, yhdenvertaiset, laadukkaat ja integroidut palvelut.	17
4 Uudistuksen vaikutuksia asiakkaiden ja potilaiden asemaan ja väestön osallistumisoikeuksiin	25
5 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö ja ohjaustarpeet	30
6 Toteutettavan hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuus	33
7 Palveluverkko ja palvelutuotanto	35
8 Linjausten mukaisen rahoitusjärjestelmän toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa.	39
9 Vaikutukset valtiontalouteen.	44
10 Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely.	49
11 Palvelujärjestelmän ja -rakenteen kansallinen ja alueellinen ohjattavuus.	53
Lähteet	58
LIITTEET.	59
Liite 1: Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksianto	59
Liite 2: Taloudellisten vaikutusten arviointi	62
Liite 3: Palveluverkko ja palvelutuotanto	70
Liite 4: Arvioinnin toteuttajat	89
Liite 5: Arviointityön yhteydessä kuullut asiantuntijat	90

12 havaintoa sote-järjestämislakiluonnoksesta

Lakiluonnoksen mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus eli sote-uudistus vähentää merkittävästi palvelujen järjestäjien määrää, suurentaa olennaisesti järjestäjien kokoa (väestöpohjaa) ja vahvistaa niiden taloudellista kantokykyä. Uudistus toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon laajan kokonaisintegraation palvelujen järjestämisen tasolla yhdistämällä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisen vastuun 18 maakunnalle. Järjestäjien suuri koko vähentää oletettavasti alueellisia ja paikallisia eroja palvelujen saatavuudessa ja lisää siten asukkaiden yhdenvertaisuutta. Laaja järjestämismäärä tarjoaa osaavalle järjestäjälle mahdollisuuksia tukea toiminnallista integraatiota. Järjestelmän toimivuuden kannalta ratkaisevaa on, millaiseksi järjestäjien keinot ja kyky ohjata palvelurakennetta muodostuvat ja miten valinnanvapaus toteutetaan.

Järjestämismäärän siirtäminen kunnilta maakunnille on askel oikeaan suuntaan, mutta kaikki maakunnat eivät ole uudistuksen käynnistyessä riittävän suuria ja vahvoja kantamaan järjestämismäärää. Palvelurakenteen ohjaamiskeinojen ja järjestämisen tarve korostuu monituottajamallia ja valinnanvapausjärjestelmää hallittaessa ja ohjattaessa. Monipuolinen ohjausjärjestelmä ei ole omiaan vahvistamaan perustason sosiaali- ja terveystalouden palveluja eikä varmistamaan tasapainoista palvelurakennetta. Lakiluonnos jättää maakunnan ja sen palvelulaitoksen välisen suhteen epäselväksi, sillä järjestämismäärään kuuluvia tehtäviä osoitetaan maakuntahallinnolta palvelulaitokselle. Tämä hämärtää järjestämis- ja tuottamismäärän jakautumista, ohjaussuhteita ja demokraattisen vastuun toteutumista.

Palvelut järjestävät 18 maakuntaa eroavat merkittävästi toisistaan väestömäärän, väestön palvelutarpeiden ja palvelurakenteen suhteen. Myös koulutetun henkilöstön saatavuus ja yksityisen sektorin palvelutarjonta vaihtelee huomattavasti maakunnittain. Osa maakunnista jää voimavaroiltaan heikoiksi erityisesti erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalvelujen järjestäjinä. Lakiluonnoksen mukainen alueellinen yhteistyö, tehtävien ja palvelujen koordinointi sekä erityistason palvelujen ja laajan ympärivuorokautisen päivystyksen keskittäminen ovat välttämättömiä toimenpiteitä. Maakuntien järjestämisen tarve korostuu monituottajamallissa ja valinnanvapautta toteutettaessa. Kaikkien maakuntien kantokyky ja osaaminen eivät tähän välttämättä riitä.

Lakiluonnos sisältää aineksia, jotka luovat edellytyksiä uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää syvällisesti. Uudistuksen toimeenpano siirtymävaiheessa ja sen jälkeen sekä se, millaiseksi valinnanvapausmalli muodostuu, ratkaisevat, saavutetaanko lain tavoitteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä yhdenvertaisista ja kustannusvaikuttavista palveluista koko maassa.

Järjestämislakiluonnoksen ennakkoarvioinnin keskeiset havainnot voidaan tiivistää seuraaviin 12 pääkohtaan:

1. Järjestäjän koon kasvattaminen ja taloudellisen kantokyvyn vahvistaminen voi pitkällä aikavälillä luoda edellytyksiä kaventaa väestön hyvinvointi- ja terveyseroja.

- Järjestämisvastuun siirtyminen kuntaa merkittävästi suuremmille toimijoille luo edellytyksiä parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuutta, mikä voi pitkällä aikavälillä kaventaa alueellisia ja väestöryhmien välisiä hyvinvointi- ja terveyseroja.
- Lakiluonnoksen mukainen järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden nykyistä tasa-arvoisempiin palveluihin. Haasteena on turvata monia eri palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet monituottajamallissa ja sovittaa yhteen kuntiin jäävät palvelut ja maakuntien järjestämisvastuulle siirtyvät palvelut.
- Maakuntien rahoituslakiluonnoksen mukainen tiukka talouskuri ja mahdollisesti syntyvä paine asiakasmaksujen korottamiseen ja omavastuun lisäämiseen voivat vaarantaa riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen toteutumisen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumisen.
- Valtio on rahoitusperiaatteen nojalla velvoitettu rahoittamaan maakuntien järjestettäväksi osoitetut palvelut säädetyssä laajuudessa. Ilman verotusoikeutta maakuntien on vaikea sopeuttaa rahoitustaan silloin, kun kustannusten taustalla ovat muut syyt kuin ne tarvetekijät, joihin valtion rahoitus perustuu.
- Verotusoikeuden puuttuminen rajoittaa maakunnan rahoituksen autonomiaa, mutta antaa valtiolle hyvät edellytykset budjettikurin toteuttamiseen.

2. Osa järjestämisvastuun kantavista maakunnista jää jo uudistuksen alkaessa voimavaroiltaan ja järjestämisosaamiseltaan heikoiksi.

- Vaikka palvelujen järjestäjien määrä vähenee nykyisestä, on niitä edelleen liikaa, jotta lain tavoitteet – yhdenvertaiset ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut – saavutettaisiin.
- Monituottajamallin toteuttaminen edellyttää vankkaa järjestämisosaamista, jota kaikilla maakunnilla ei välttämättä ole.

3. Viiden yhteistyöalueen muodostaminen palvelutuotannon yhteensovittamiseksi ja keskittämiseksi on perusteltua järjestäjien suuren määrän vuoksi. Epäselvää on, miten yhteistyöalue käytännössä toteuttaa sille asetettavat lukuisat koordinoititehtävät ja sopimukselliset velvoitteet.

- Yhteistyöalue koordinoi, mutta ei ohjaa siihen kuuluvien maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttamista. Yhteistyöalueen onnistuminen tehtävässään edellyttää maakuntien yhteisymmärrystä ja palvelujen suunnittelusta ja toteutuksesta sopimista. Tätä voivat vaikeuttaa maakuntien vaihtelevat edellytykset soveltaa monituottajamallia ja maakuntakohtaiset erot tuottajakunnan rakenteessa.

4. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaavien järjestäjätahojen määrä vähenee nykyisestä, mutta kansallinen ja maakunnallinen ohjausjärjestelmä kokonaisuutena hahmottuu vielä vaikeasti.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita ohjaavia tahoja ja menettelyjä on monia, niiden keskinäiset suhteet ovat vielä osin epäselviä ja ohjauksen toteuttaminen käytännössä voi osoittautua mutkikkaaksi.
- Etenkin maakunnan sisäisen ohjausjärjestelmän monitasaisuus (järjestäjä – palvelulaitos – palveluntuottajat) mutkistaa ohjausta.

5. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on keskeinen keino saavuttaa uudistuksen tavoitteet, mutta sen toteutuminen on epävarmaa.

- Lakiluonnos toteuttaa järjestämisen integraation ja edistää rahoituksen integraatiota.
- Lakiluonnos sisältää aineksia, jotka voivat edistää palvelujen yhteensovittamista tuotannon tasolla. Näiden riittävyttä on vielä vaikea arvioida, sillä valinnanvapausjärjestelmän yksityiskohdat eivät ole selvillä. Asiakaskeskeisen integraation toteutuminen riippuu lain toimeenpanosta, järjestäjän ohjauskeinoista, jotka eivät vielä täysin hahmotu lakiluonnoksesta, sekä palvelutuotannon toteutustavasta. Lisäksi asiakaskeskeinen integraatio edellyttäisi mahdollisimman täydellistä tiedon integraatiota, joka ei näytä toteutuvan.

6. Lakiluonnos saattaa johtaa olemassa olevien, käynnistyvien ja valmisteilla olevien integroitujen sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden purkamiseen.

- Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen maakunnan toiminnassa ja tuottamisvastuun osoittaminen palvelulaitokseen, joka on itsenäinen oikeushenkilö, saattaa johtaa siihen, että laki ei mahdollista esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksoten, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ja Pohjois-Karjalan Siun soten kaltaisia integroituja järjestelmiä.
- Velvoite yhtiöittää valinnanvapauden piiriin tulevat maakunnan omat palvelut saattaa myös purkaa toimivat integroidut palvelurakenteet.

7. Lakiluonnos tarjoaa mahdollisuuden hillitä menojen kasvua ja tiukentaa sosiaali- ja terveydenhuollon talousohjausta, mutta ei takaa hallituksen linjausten mukaisen säästötavoitteen saavuttamista.

- Järjestämisen ja tuottamisen integraatio sekä päätöksenteon ja johtamisen keskittäminen voisivat toteutuessaan hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvua. Menokehityksen arviointi on toistaiseksi vaikeaa, koska palveluintegraation toteutumisesta ei ole varmuutta.
- Järjestämislakiluonnoksen mukaisesti syntyvällä uudella sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallilla ei todennäköisesti yksistään saavuteta hallituksen linjaamaa 3 miljardin euron säästötavoitetta.
- Uusi toimintamalli tarjonnee kuitenkin selvästi nykyistä paremmat edellytykset ja välineet toteuttaa taloudellisesti merkittäviä rakenteellisia uudistuksia, kuten

erityisen vaativan hoidon keskittämisen ja palveluverkon järkiperaistamisen sekä muita merkittäviä toiminnallisia uudistuksia.

- Toimivan talousohjauksen kannalta on ensiarvoisen tärkeää ottaa huomioon maakuntien tarve-erot rahoituksen kohdentamisessa. Maakuntien erilaisista ominaisuuksista johtuen rahoituksen oikeudenmukaisuuden varmistaminen edellyttää jatkuvaa kehittämistyötä ja rahoituksen kohdentamiskriteerien säännöllistä päivittämistä.
- 8. Valtion rahoituksen siirtymäajan säännökset ovat perusteltuja. Liian lyhyt siirtymäaika saattaisi johtaa maakunnat nopeasti rahoitusvaikeuksiin ja liian pitkä sopeutumis aika puolestaan ylläpitäisi tarpeettoman korkeaa kustannustasoa.**
- Maakuntien rahoituslaissa ehdotettu valtion rahoituksen tarkistusmenettely parantaa oleellisesti edellytyksiä kestävyysvajetavoitteen saavuttamiseksi.
 - Valtion rahoituksen tarkistamisessa kustannusten sitominen sellaiseen hintaindeksiin, joka ei kuvaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten todellista kehitystä, voi kuitenkin johtaa alimitoitettuihin palveluihin tai alijäämäisiin budjetteihin.
- 9. Vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan maakunnan arviointimenettely voi osoittautua tarpeettoman herkäksi.**
- Valtion rahoitus edellyttää maakunnilta tasapainoista taloudenpitoa. Tämän varmistamiseksi tarvitaan arviointimenettely, joka ehkäisee ennalta alijäämien syntymisen ja tarvittaessa käynnistää talouden tasapainotustoimet ajoissa.
 - Maakuntalakiluonnoksessa ehdotettu arviointimenettely saattaa historiatiedon valossa johtaa lähes kaikkien maakuntien joutumiseen arviointimenettelyn kohteeksi. Toisaalta uudessa järjestelmässä toiminta saattaa muotoutua niin toisenlaiseksi ettei historiatieto ole sellaisenaan sovellettavissa.
- 10. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuut jäävät luonnoksessa epäselviksi.**
- Lakiluonnoksen määrittelemään sosiaali- ja terveydenhuoltoon sisältyy hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen maakunnissa ja kunnissa, mutta sen sisältö jää osin tulkinnanvaraiseksi. Tämä vaikuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisointiin ja käytännön toimeenpanoon.
 - Vastuut, yhteistyö ja asiantuntijatuki koko väestön hyvinvointi- ja terveysseurantatiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä ovat epäselvät.
 - Kuntien valtionosuuteen sisältyvä taloudellinen kannuste edistää asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä on suuruusluokaltaan merkittävä.
 - Maakuntien valtionrahoitukseen sisältyvä taloudellinen kannuste korostaa ehkäisevien palvelujen tärkeyttä.

11. Palvelujärjestelmän muutosprosessi on tietohallinnon näkökulmasta erittäin suuri ja kestää yli vuosikymmenen. Monet vielä avoimet kysymykset tulevat vaikuttamaan käytännön toteutuksen onnistumiseen ja siihen, missä määrin toiminnallisia ja taloudellisia hyötyjä syntyy.

- Yhdenvertaisten ja kustannusvaikuttavien palvelujen varmistamisessa tarvittava tietohallinto on lakiluonnoksen pohjalta mahdollinen, mutta ei synny ilman järjestäjän tiedonhallinnan kyvykkyyttä. Laissa esitetty asetelma edellyttää palveluntuottajien tietojärjestelmistä erillisiä järjestäjän omia tietojärjestelmiä tietojen käsittelyyn.
- Maakuntien oman, ei kilpailun piirissä olevan palvelutuotannon osalta IT-integraation mahdollisuudet paranevat, mutta maakuntien mahdollisuudet ohjata markkinoilla toimivien yritysten tietohallintoa voivat olla rajalliset.
- Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen ja palvelutuotannon yhtiöittäminen tuovat uuden asetelman sekä potilas- ja asiakastietojen käsittelyyn, mukaan lukien tiedon integraatioon, että toiminnanohjauksessa tarvittavan tiedon käsittelyyn. Tämän onnistunut toteuttaminen edellyttää kokonaan uusia tietohallinnon ja tiedonhallinnan ratkaisuja, eikä ole itsestään selvää, että siirtyminen nykyisistä uusiin ratkaisuihin onnistuu.
- Tiedonhallinta mahdollistaa uudenlaisen tietojohtamisen, mutta käytännön toteuttaminen tulee sisältämään runsaasti työtä ja edellyttää uudenlaisia toimintaprosesseja, joille lakiluonnos antaa pohjaa. Eri toimijoiden roolien on kuitenkin oltava selkeitä, ja toimijoiden osaaminen on varmistettava.

12. Lainsäädäntökokonaisuuden vaikutukset ovat vielä vaikeasti ennakoitavissa, koska kokonaisuus on olennaisilta osiltaan keskeneräinen.

- Järjestämisen ja tuottamisen eriyttämiseen ja eri toimijoiden vastuun jakautumiseen sekä palvelurakenteen ja tuottajien ohjaamiseen liittyy epäselvyyksiä. Ei ole selkeästi pääteltävissä, mille taholle viranomaisvastuu ja vastuu merkittävän julkisen vallan käytöstä uudessa rakenteessa kuuluvat. Lisäksi toteutettavan valinnanvapausmallin ja tuottajakunnan toimintaehtojen yksityiskohdat ovat vielä ratkaisematta.

1 Toimeksianto ja toteutus

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) 7.12.2015 toimeksiannon laatia alustava arvio siitä, miten hallituksen 7.11.2015 päättämien linjausten perusteella laadittavan järjestämislakiesityksen mukainen toimintamalli vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä asiakkaisiin ja ihmisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö tarkensi toimeksiantoa 18.4.2016 koskemaan hallituksen 5.4.2016 tekemiä linjauksia ja niiden vaikutuksia. Arvioinnissa tulee tarkastella mahdollisuuksien mukaan sitä, missä määrin vaikutukset perustuvat ehdotettuun lainsäädäntöön ja missä määrin ne riippuvat sen toimeenpanosta. Toimeksianto ja sen tarkennus ovat liitteessä 1.

Lakiluonnoksen valmistelu on vielä kesken, ja luonnoksen sisältö tarkentuu ja muuttuu lakivalmistelun edetessä. Toistaiseksi ei ole edellytyksiä arvioida luotettavasti varsinaisen lakiluonnoksen vaikutuksia. Nyt esitettävä ennakoarviointi perustuu hallituksen 7.11.2015 ja 18.4.2016 päättämien linjausten pohjalta laadittuihin lakiluonnoksiin. Ennakoarviointi perustuu THL:n asiantuntijoiden käytettävissä olleisiin luonnoksiin (per 27.6.2016) sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaista, maakuntalaista, maakuntien rahoituslaista sekä lakiluonnosten taustamuistioihin. Lakiluonnosten tekstin ja sisällön jatkuvasti muuttuessa ennakoarviointiin voi sisältyä epätarkkuuksia, ja tehdyt päätelmät eivät siten välttämättä vastaa tämän arviointiraportin julkistamisajankohtana käytettävissä olevia viimeisimpiä versioita lakiluonnoksista.

Järjestämislakiluonnoksen mahdollisia vaikutuksia on arvioitu toimeksiannossa määriteltyjen kymmenen arviointikohteen (ks. liite 1) kannalta. Vaikutuksia on arvioitu suhteessa lain tarkoitukseen (1 §) sekä nykytilaan, eli arvioidaan mikä muuttuu, miten ja kuinka merkittävästi suhteessa nykyjärjestelmään.

Ennakoarvioinnin laatimiseen on osallistunut suuri joukko THL:n asiantuntijoita (liite 4). Hallituksen linjausten ja järjestämislakiluonnoksen vaikutuksista on haastateltu lukuisia sosiaali- ja terveydenhuollon, yliopistojen ja asiantuntijalaitosten asiantuntijoita sekä etu- ja kansalaisjärjestöjen edustajia (liite 5).

Tässä arviointiraportissa on esitetty tiivistetty arvio lakiluonnoksen vaikutuksista. Toimeksiannon mukaisista arviointikohteista (1–10) on laadittu taustamuistiot. Lakiluonnoksen vaikutuksia on arvioitu myös eri käyttäjäryhmien ja eräiden keskeisten yksittäisten palvelujen (lapset, nuoret ja perheet, iäkkäät, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, vammaiset, apuväline- ja kuntoutuspalvelut, sosiaalipalvelut, lastensuojelu, maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt) kannalta. Taustamuistiot viimeistellään sen jälkeen kun arviointiryhmällä on ollut kohtuullinen aika perehtyä lakiluonnoksen lopulliseen versioon.

2 Sote-uudistuksen keskeiset piirteet

Hallituksen linjaukset

Pääministeri Sipilän hallitusohjelma asetti sosiaali- ja terveystalouden uudistamisen tavoitteeksi hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen ja kustannusten hallinnan. Hallitusohjelmassa linjattiin, että uudistus toteutetaan palvelujen täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä vahvistamalla järjestäjien kantokykyä (Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015). Hallituksen julkaisusarja 10/2015). Hallitusohjelmakirjauksia on täsmennetty 7.11.2015 ja 5.4.2016 annetuilla linjauksilla, joissa hallitus on korostanut, että sote-uudistuksen ja aluehallintouudistuksen keskeisenä tavoitteena on julkisen talouden kestävyysvajeen vähentäminen 3 miljardilla eurolla ja että kustannustenhallinnan parantamisen tulee olla uudistuksen lainvalmistelussa ja toimeenpanossa keskeisenä periaatteena.

Hallituksen 5.4.2016 tekemien linjausten mukaan uudistuksessa toteutetaan laaja asiakaskeksinen palveluintegraatio, jonka todetaan olevan keskeinen keino kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen toimivuutta yhdenvertaisella tavalla ja tuottaa kustannussäästöjä. Uudistuksessa toteutettavan integraation eri osa-alueiksi määritellään järjestämisen integraatio, rahoituksen integraatio, tiedon integraatio sekä toiminnallinen integraatio. Toiminnallinen integraatio toteutetaan verkostomaisissa rakenteissa, jossa on useita palveluntuottajia.

Lisäksi hallitus on asettanut uudistuksen tavoitteeksi sosiaali- ja terveystalouden tuotannon monipuolistumisen ja linjannut, että uudistuksessa luodaan valinnanvapauslainsäädäntö. Tämä antaa palvelujen käyttäjälle mahdollisuuden valita itse julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan palvelu. Valinnanvapaus koskee pääsääntöisesti kaikkia perustason palveluja ja soveltuvin osin erikoistason palveluja. Maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palvelujen tuottaminen. Maakunnan omasta palvelujen tuotannosta ja siinä palvelujen yhteensovittamiseksi tarvittavasta yhteistyöstä maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen muiden tuottajien kanssa vastaa maakunnan palvelulaitos

Valmisteilla oleva lainsäädäntökokonaisuus

Sote- ja aluehallintouudistuksessa perustetaan 18 maakuntaa ja valmistellaan maakuntalaki, jolla säädetään maakuntien itsehallinnon perusteista, maakuntajakolaki, jolla säädetään maakuntien muodostamisesta, sekä maakuntien toiminnan rahoitusta koskeva sääntely. Tämän lisäksi uudistuksessa valmistellaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (järjestämislaki), jolla säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämisestä, ohjauksesta ja valvonnasta, sekä uudistuksen voimaantulolaki. Osana uudistusta valmistellaan myös laki sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta sekä myöhemmässä vaiheessa asiakkaiden ja potilaiden valinnanvapautta koskeva sääntelykokonaisuus.

Järjestämisvastuu sosiaali- ja terveystalouksista annetaan uudistuksessa perustettaville maakunnille. Maakuntien valtuustot valitaan maakuntavaaleissa, joissa alueen asukkailla on äänioikeus. Maakuntien hallinnon perusteista säädetään maakuntalaisissa. Näin asetetuissa rajoissa maakunnat saavat itse päättää hallintonsa yksityiskohdista. Maakunnille säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun lisäksi myös muita tehtäviä mm. pelastustoimen alalla. Valtio vastaa maakuntien toiminnan rahoituksesta alkuvaiheessa täysimääräisesti. Maakuntien verotusoikeuden selvittäminen siirtyy myöhemmään ajankohtaan.

Maakunnan hoitaessa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä kilpailutilanteessa markkinoilla, tai jos palvelut ovat valinnanvapautta koskevissa säännöksissä tarkoitettua laajan valinnanvapuden piirissä, maakunnan on annettava palvelujen tuottaminen maakunnan palvelulaitoksen omistaman yhtiön tai yhteisön hoidettavaksi (yhtiöittämismallisuus). Palvelulaitos ja sen omistamat yhtiöt ja yhteisöt muodostavat maakuntalaisia tarkoitettua palvelulaitoskonsernin, jota johdetaan yhtenä kokonaisuutena ja siten, että palvelujen käyttäjien mahdollisuudet saada integroituja palveluja turvataan.

Järjestämislain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, kustannusvaikuttavat ja tuottavuudeltaan hyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa. Lakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveystalouksien palvelut on suunniteltava ja toteutettava sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisina kuin palvelujen käyttäjien tarve maakunnassa edellyttää. Palvelut toteutetaan yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä maakunnan väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja kootaan maakunnassa suurempiin kokonaisuuksiin silloin kun niiden saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun niiden tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas toteuttaminen edellyttävät sitä. Palveluja toteutettaessa on edistettävä esteettömyyttä. Maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluu vastuu sovittaa yhteen asiakkaiden tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kokonaisuuksiksi ja sovittaa ne edelleen yhteen maakunnan, kunnan ja valtion palvelujen kanssa. Maakunnan on lisäksi huolehdittava asiakkaan valinnanvapauden toteutumisesta siten kun siitä erikseen säädetään.

Maakunnan on laadittava taloutensa ja toimintansa suunnittelua ja johtamista varten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia osana maakuntastrategiaa. Strategias-

sa maakunta asettaa sen järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet ja päättää yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet. Lisäksi maakunta laatii palvelulupauksen, joka on maakunnan asukkailla osoitettu tahdonilmaisu siitä, miten maakunta toteuttaa sosiaali- ja terveyspalvelut. Palvelulupaus ei muuta lailla säädettyjä maakunnan velvoitteita järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto.

Kaikilla 18 maakunnalla on järjestämisvastuu kaikista lakisääteisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Poikkeuksena tästä kuuluu järjestämisvastuu ensihoidosta viidelle maakunnalle (Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo, Uusimaa, Varsinais-Suomi). Osa sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon kuuluvista palveluista ja tehtävistä voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhdelle tai useammalle maakunnalle, jos se on välttämätöntä palvelujen saatavuuden ja laadun sekä asiakkaiden oikeuksien varmistamiseksi. Keskitettävistä palveluista säädetään valtioneuvoston asetuksella. Järjestämislailla kootaan vastuu laajan ympärivuorokautisen sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen tuottamisesta 12 maakunnalle. Muut maakunnat tukeutuvat keskitetyissä palveluissa niistä vastuussa oleviin maakuntiin, eikä niillä ole oikeutta tuottaa niitä itsenäisesti. Lain tai asetuksen perusteella suurempiin kokonaisuuksiin koottujen palvelujen lisäksi maakunnat voivat sopia työnjaosta ja yhteistyöstä myös muiden palvelujen tuottamiseksi.

Maakuntien järjestämien palvelujen alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten perustetaan viisi yhteistyöaluetta. Maakuntien toimintaa ja niiden välistä työnjakoa ja yhteistyötä ohjataan lakien ja asetusten lisäksi yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksilla. Jos maakunnat eivät saa aikaiseksi yhteistyösopimusta tai jos se ei vastaa lain vaatimuksia, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Lisäksi valtioneuvosto voi päättää maakuntia sitovasti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämisen edellyttämistä toimenpiteistä sekä laajakantoisten investointien ja tietojärjestelmäpalvelujen toteuttamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhteistyössä maakuntien kanssa ehdotuksen valtakunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteista, jotka valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi. Valtakunnallisten tavoitteiden ohella valtioneuvosto voi tarvittaessa vahvistaa erikseen kullekin maakunnalle lainsäädäntöä täydentävät strategiset tavoitteet.

Maakuntien on toiminnassaan otettava huomioon asukkaitensa hyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi niiden on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen sekä asetettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet. Maakuntien on myös valmisteltava valtuustokausittain hyvinvointikertomus. Maakuntien on toimittava yhteistyössä alueen kuntien kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä.

3 Edellytykset turvata riittävät, yhdenvertaiset, laadukkaat ja integroidut palvelut

Laaja järjestämisvastuu ja kokonaisintegraatio parantavat palveluja

Lakiluonnoksen mukainen ratkaisu suurentaa olennaisesti järjestämisvastuullisten toimijoiden kokoa ja toteuttaa järjestämistason kokonaisintegraation yhdistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun yhdelle alueelliselle päätöksentekijälle. Näiden kahden periaatteen voidaan olettaa tukevan riittävien, yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen saatavuutta.

Kansainvälisten kokemusten perusteella järjestäjätahon suuri koko oletettavasti johtaa palvelutuotannossa esiintyvien alueellisten ja paikallisten vaihteluiden pienenemiseen ja tätä kautta yhdenvertaisuuden lisääntymiseen. Suurien järjestäjien laajat taloudelliset ja osaamisresurssit antavat mahdollisuuden koordinoida palvelutuotannon eri osia ja niiden henkilöstön käyttöä paremmin. Vahvojen järjestäjätahojen voidaan odottaa pystyvän keskittämään tuotantoa suuriin yksiköihin palvelujen laadun sitä edellyttäessä ja toisaalta hajauttamaan tuotantoa pieniin yksiköihin tai järjestämään liikkuvia palveluja ja sähköisiä palvelukokonaisuuksia palvelujen saatavuuden sitä vaatiessa. Vahvojen järjestäjätahojen voidaan myös odottaa pystyvän organisoimaan ja räätälöimään erityisosaamista vaativia palveluja esimerkiksi harvinaisista sairauksista kärsiville ja erilaisille kieli- ja kulttuurivähemmistöille.

Laaja järjestämisvastuu antaa osaavalle järjestäjätaholle periaatteelliset mahdollisuudet tukea toiminnallista integraatiota. Lakiluonnoksessa säädetään erityisesti, että maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluu vastuu palvelujen käyttäjien palvelukokonaisuuksien toteutumisesta. Jos järjestäjätaho kykenee määrittelemään mielekkäitä palvelukokonaisuuksia ja pystyy sitouttamaan tuottajia niiden edellyttämään yhteistyöhön, edellytysten sujuville palveluille ja palveluketjuille voidaan odottaa paranevan. Tällä on merkitystä etenkin niiden asiakas- ja potilasryhmien kohdalla, joilla on laajoja ja monenlaisia palvelutarpeita.

Vahvaa järjestämisosaamista tarvitaan siirryttäessä uusiin palvelujen järjestämistapoihin, järjestäjä- tuottajamalliin ja valinnanvapauden entistä laajempaan soveltamiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näihin muutoksiin liittyvät hankinta-, hyväksymis-, seuranta- ja ohjaustoiminnot tarjoavat uusia mahdollisuuksia kehittää ja ohjata palvelutuotannon laatua. Samalla tuottajakunnan laajeneminen ja sen rakenteen monimutkaistuva hallinnointi lisäävät järjestämistehtävän vaativuutta.

Järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta maakunnille on askel oikeaan suuntaan. Se ei kuitenkaan ole riittävä takaamaan yhdenvertaisia palveluja vaan vaatii täydennykseen lakiluonnokseen sisällytettyjä kansallisen tuen ja ohjauksen muotoja sekä erilaisia yhteistyö-, koordinaatio- ja keskittämistoimenpiteitä.

Maakuntien edellytykset järjestää palveluja vaihtelevat

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaavat 18 maakuntaa eroavat huomattavasti toisistaan väestömäärän, palvelutarpeiden ja palvelurakenteen suhteen. Myös koulutetun ammattihenkilöstön saatavuus ja yksityisten palveluntuottajien toiminnan laajuus vaihtelee merkittävästi maakunnittain. Näitä on kuvattu tarkemmin luvussa 7 ja liitteessä 3.

Sote-uudistuksen myötä toteutettavat järjestämis- ja rahoitusvastuun muutokset tähtäävät nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon ja organisaation vahvistamiseen ja toiminnan tehostamiseen. Tällöin voidaan odottaa, että esimerkiksi palvelujen järjestäjän edellytykset henkilöstöresurssien tehokkaaseen käyttöön paranevat.

Nykyisen sote-järjestelmän alueellisista eroista ei voida vetää suoria johtopäätöksiä sote-uudistuksen jälkeiseen tilanteeseen. Ratkaisevassa asemassa sote-uudistuksen jälkeisessä tilanteessa tulevat olemaan ne maakuntien voimavarat ja osaaminen, joiden avulla järjestelmää kehitetään, seurataan ja ohjataan. Uudistuksen onnistuneen toimeenpanon kannalta myös valtakunnallisen ja alueellisen poliittisen ja virkamiesjohdon tahtotila ja valtasuhteet ovat keskeisiä.

Alueellinen yhteensovittaminen ja vaativien palvelujen keskittäminen edistävät laadukkaita palveluja

Osa maakunnista on kansainvälisen kokemuksen perusteella voimavaroiltaan vaatimattomia etenkin erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäjinä. Tätä taustaa vasten lakiluonnoksen mukainen alueellinen yhteistyö ja palvelujen koordinointi ovat erittäin tarpeellisia.

Lakiluonnos edellyttää maakuntien järjestämien sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellista yhteensovittamista viidellä yhteistyöalueella. Yhteistyöalueisiin kuuluvat maakunnat säädetään valtioneuvoston asetuksella siten, että jokaisella alueella on yliopistollista

sairaalaan ylläpitävä maakunta, joka hoitaa yhteistyöalueen toiminnan edellyttämät hallintotehtävät. Yhteistyöalueille laaditaan maakuntien yhteistyösopimus.

Alueellinen koordinaatio ja yhteistyö luovat hyvät mahdollisuudet käyttää olemassa olevia niukkoja henkilöstöresursseja suunnitelmallisesti, investoida järkipäisesti terveysteknologioihin ja ICT-ratkaisuihin sekä kehittää tuotannon seuranta- ja ohjausta. Näin on periaatteessa mahdollista tasoittaa maakuntien osaamis- ja kapasiteettieroja kullakin yhteistyöalueella.

Palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi on välttämätöntä toteuttaa lakiluonnoksen sisältämät laajan ympärivuorokautisen päivystyksen ja erikoissairaanhoidon keskittämiseen tähtäävät toimenpiteet.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on jo pitkään analysoitu hoitoyksiköiden potilasvolyymien ja hoidon laadun välistä suhdetta. Erityisesti leikkaustoimintaa harjoittavilla erikoissaloilla ja muussa vaativassa erikoissairaanhoidossa on todettu yhteys toimenpiteiden määrän ja hoidon laadun välillä. Tulokset eivät ole olleet täysin yksiselitteisiä. Kansainvälisesti tarkastellen Suomessa osa erikoissairaanhoidosta tuotetaan erittäin pienissä yksiköissä. Sairaaloiden tuottavuudessa ja hoidon vaikuttavuudessa on havaittu eroja. Tulosten tulkinta on kuitenkin osittain vaikeaa juuri toiminnan pirstaloitumisen takia, sillä pienen tuotantovolyymien yksiköissä sattumanvaraisilla vaihteluilla voi olla suuri vaikutus tilastollisiin hoitotuloksiin.

Peruspalvelujen toimivuudessa olennaista ei niinkään ole yksittäisten hoito- ja palveluyksiköiden koko kuin ne tavat, joilla maakunnat palvelujen järjestäjänä luovat edellytyksiä ja ohjaavat tuottajakunnan toimintaa. Perustasolla pienillä paikallisilla tuottajilla voi olla jopa suuria tuottajia paremmat edellytykset vastata lähiympäristönsä väestön palvelutarpeisiin esimerkiksi vanhustenhuollossa. Palvelujen jatkuvuuden ja palveluketjujen toimivuuden kannalta on kuitenkin keskeistä, että maakunnat hoitavat järjestämistehtävänsä osaavalla tavalla ja että alueellinen yhteistyö pureutuu hoito- ja palveluketjujen sujuvuuteen.

Valinnanvapauden laajentaminen ja yhdenvertaiset palvelut

Hallituksen linjaukset 5.4.2016 tarkensivat lähtökohtia valinnanvapauden laajentamiselle ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajakunnan monipuolistamiselle. Järjestämislakiluonnoksen mukaan maakunnan on järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siten, että asiakkaalla on mahdollisuus valita palvelujen tuottaja siten kuin siitä erikseen säädetään. Valinnanvapauden toteutuksen periaatteet ja tuottajakunnan tarkempi sääntely aiotaan kirjoittaa erillisiin lakeihin. Järjestämislakiluonnokseen sisältyvien valinnanvapautta ja tuottajakuntaa koskevien ja sivuavien pykäliden seurannaisvaikutuksia ei siksi vielä voida arvioida. Voidaan kuitenkin todeta, että kyseiset pykälät on muotoiltu niin väljästi, että ne mahdollistavat hyvinkin laajan valinnanvapausuudistuksen.

Muista maista saaduista kokemuksista tiedetään, että sovellettaessa valinnanvapautta laajasti tulee tietyt perustavaa laatua olevat kysymykset ratkaista kansallisella tasolla tai selkein maakunnallisin järjestelyin. Tuottajakunnan rakenteen kannalta yksi keskeisimmistä asioista on valinnan kohteena olevien palvelukokonaisuuksien laajuus. Jos valinta kohdistuu hyvin laajoihin kokonaisuuksiin, tämä voi sulkea pois markkinoilta pieniä ja keskisuuria tuottajia. Pienet palvelukokonaisuudet taas voivat pirstaloida palveluja ja vaikeuttaa asiakkaan kannalta mielekästä palveluketjujen integraatiota.

Jos päädytään laajoihin palvelukokonaisuuksiin ja samanaikaisesti halutaan turvata pienten tuottajien asema esimerkiksi alihankintamenettelyin, tämä edellyttää maakunnalta palvelujen järjestäjänä huomattavaa panostusta ja huolellisuutta tuottajasopimuksen laadinnassa ja seurannassa. Jo järjestämis- ja tuottamistoiminnon selkeä eriyttäminen toisistaan edellyttää maakunnalta huomattavaa panostusta etenkin tilaajaosaamisen kehittämiseen, ml. sopimus- ja markkinaohjaus.

Lakiluonnoksen mukaan maakunta tekee sopimuksen laajan valinnanvapauden piirissä olevia palveluja tuottavan sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköä ylläpitävän yrityksen ja yhteisön kanssa tuotettavista palveluista ja niistä suoritettavien korvausten perusteista. Maakunnan palvelulaitos tekee muiden kuin edellä mainittujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen hankinnasta sopimuksen palveluja tuottavien yhtiöiden, yhdistysten, muiden yhteisöjen, ja itsenäisten ammatinharjoittajien kanssa. Sopimuksessa määritellään tuotettavat palvelut ja niistä suoritettavien korvausten perusteet.

Maakunta voi asettaa valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tuottajille ehtoja ja velvoitteita, joilla turvataan palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. Maakunnan on seurattava, että palvelut toteutetaan sopimuksen edellyttämällä tavalla. Vaativiksi sopimusmenettelyt voivat muodostua, jos valinnanvapaus toteutetaan moniportaisena siten, että ensivaiheessa valittu tuottaja toimii portinvartijana palveluketjun muiden tuottajien palveluihin tai siten, että pienet ja keskisuuret tuottajat pääsevät tosiasiallisesti valinnanvapausjärjestelmän piiriin vain alihankkijoina. Sopimusmenettelyissä on tällöin tarkoin huomioitava kunkin ketjussa toimivan tuottajan rooli ja vastuut.

Kun julkisesti rahoitetut sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinat avataan erilaisille tuottajille, on kilpailuneutraliteetti varmistettava asettamalle yhtenäiset kriteerit sille, miten tuottajat pääsevät järjestelmän piiriin. Kriteerien tulee olla järjestelmän tavoitteiden kannalta merkityksellisiä ja kohtuullisia sekä seurantaan ja arviointiin soveltuvia. Valtio ja/tai maakunnat voivat ohjata sitä, miten laadukkaita palveluja tuotetaan, määrittelemällä hyväksymiseen tarvittavat laatu- ja muut kriteerit. Sama pätee tuottajille maksettaviin korvauksiin ja niiden perusteisiin.

Vaikka kansallisesti yhtenäiset hyväksymis- ja korvauskriteerit voivat olla yksinkertaisuudessaan toivottavia, maakuntien mahdollisuudet ohjata palvelutuotantoa voivat rajoittua tarpeettomasti, ellei niille jätetä kriteerien ja menettelyjen luomisessa myös omaa itsenäistä päätösvaltaa. Korvausmenettelyt tulisi räätälöidä palvelutuotannon alueellisista ja paikallisista tarpeista ja edellytyksistä lähtien, jotta palvelujen yhdenvertaista saatavuutta voidaan edistää ja tukea. Tämä alleviivaa maakuntien järjestämisosaamisen tärkeyttä sote-uudistuksen onnistuneen toimeenpanon kannalta.

Maakunnan palvelulupaus

Lakiluonnoksen mukaan maakunta asettaa palvelulupauksessa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan siten, että niissä otetaan huomioon sekä maakunnan asukkaiden tarpeet ja paikalliset olosuhteet että laissa säädetty palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.

Epäselväksi jää, mille yksityiskohtaisuuden tasolle maakunnan palvelulupauksen sisällön on tarkoitus asettua ja mikä sen merkitys tulee olemaan.

Tilanteessa, jossa järjestäminen ja tuottaminen on eriytetty toisistaan, maakunta voi käyttää palvelulupausta keinona informoida palvelujen käyttäjiä tuottajille asetetuista sisältö-, laatu- ym. vaatimuksista. Menettely voi näin lisätä palvelujärjestelmän avoimuutta ja läpinäkyvyyttä ja edistää tuottajien välistä laatukilpailua. Informatiivisten, todellista tietoa antavien maakunnallisten palvelulupausten muotoilu vaatii runsaasti työtä.

Yhteistyösopimuksessa pitää sopia palvelujen integraation varmistamisesta

Lakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien tulee tehdä yhteistyösopimus, ja lakiluonnos määrittelee sopimuksessa kirjattavia asioita. Sopimuksen sisältö kattaa laajoja kokonaisuuksia, joilla on olennaista merkitystä palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja laadun kannalta, ja se painottaa toimenpiteitä palvelujen integraation varmistamiseksi.

Palvelujärjestelmän haasteet, joihin integraatiolla pyritään puuttumaan, liittyvät palvelujen yhdenvertaisuuden toteutumattomuuteen ja epätasa-arvoisuuteen sekä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden heikosti koordinoituihin palvelukokonaisuuksiin. Integraation avulla voidaan parantaa myös erityis- ja perustason yhteistyötä, jossa on tutkitusti haasteita.

Jotta eri tasoilla toteutuva tuotanto ja tuotannonohjaus eivät johtaisi hoito- ja palveluketjujen pirstaloitumiseen, yhteistyösopimuksessa tulee sopia palvelujen integraation välttämättömistä toimenpiteistä sekä yhteistyöstä viiden yhteistyöalueen ja 12 ympäri-vuorokautisesta päivystyksestä vastaavan maakunnan kanssa.

Lakiluonnoksessa säädetty yhteistyömekanismi ohjaavat tarpeeseen pohjautuvin, vertikaalisesti integroituvien palvelujen järjestämistä maakunnassa ja sitä laajemmilla alueilla. Maakunnan vastuulla on myös käyttäjien palvelukokonaisuuksien toteuttaminen, jolloin horisontaalinen näkökulma palveluintegraatioon painottuu. Kattavan integraation toteutuminen on kuitenkin pitkälti kiinni lain toimeenpanosta ja maakunnan mahdollisuuksista ohjata markkinaehtoista palvelutuotantoa alueellaan. Tältä osin lainsäädäntökokonaisuus kaipaa vielä täsmentämistä.

Valtakunnallisesti asetettavat tavoitteet sekä niiden seuranta ja arviointi soveltuvilla mittareilla toimivat kansallisen ohjauksen välineinä, joita lain onnistunut toimeenpano edellyttää. Maakuntien yhteistyö kehittämistoiminnassa tukee palvelu- ja työökulttuurin muutosta, joka on palveluintegraation toteuttamisen kannalta välttämätöntä.

Palvelujen yhdenvertaisuuden toteutuminen kokonaisuudessaan riippuu siitä, millä tavoin tuotannon toteutuksesta sovitaan toisaalta maakunnan ja tuottajien välillä ja toisaalta maakunnan ja yhteistyöalueen välillä. Hyvin toteutuessaan lakiluonnos tarjoaa mahdollisuudet tuottaa asiakaslähtöisiä, alueellisesti yhteen sovitettuja palveluja.

Yhteistyöalueiden ja maakuntien palvelujen integraatio voi osaltaan varmistaa keskitettyjen palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Integroiduilla palveluilla ja niihin liittyvillä uusilla tuotantomuodoilla voidaan parantaa maakunnan järjestämisvastuulla olevien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta etenkin tilanteissa, joissa palvelujen saatavuus ja saavutettavuus vaihtelee maakunnan sisällä. Vaikka lakiluonnoksen kuvaamassa yhteistyösopimuksessa määritellään keskeisiä järjestelmän toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä ja toimenpiteitä, luonnoksesta ei juuri käy ilmi, miten tarkasti toimenpiteet tulee määritellä.

Lain toimeenpanon kiireinen aikataulu voi muodostua ongelmalliseksi yhteistyösopimusten ja palvelulupausten sisällön konkretisoimisen kannalta. Myös seurannan tarkemmat alueelliset ja kansalliset mekanismit sekä seurantaan osallistuvien tahojen vastuut, roolit ja tehtävät jäävät lakiluonnoksessa edelleen melko avoimiksi.

Omaavonnan kehittäminen on entistä tärkeämpää

Lakiluonnoksen mukaan maakuntien on laadittava järjestämisvastuuseen kuuluvista tehtävistä ja palveluista omaavontaojelman. Tuottajien on vastaavasti laadittava omaavontasuunnitelma oman toiminnan valvonnan ja maakunnan kanssa tehdyn sopimuksen seuraamiseksi. Molemmat edellytetään julkaistaviksi julkisessa tietoverkossa. Sosiaali- ja terveysministeriö voi tarvittaessa antaa asetuksella tarkempia säännöksiä omaavontaojelmasta ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto määräyksiä omaavontasuunnitelmasta.

Menettelyt luovat edellytyksiä järjestelmällisen laadun seurannan ja kehittämisen pohjaksi. Samalla on tärkeää, että omaavonnan edellyttämät tarkemmat menettelyt – tietojen keruu, analysointi, ongelmien käsittely ja raportointi sekä seurantatietojen julkaiseminen – määritellään kansallisella tasolla mahdollisimman yhtenäisesti.

Omaavonnan kehittäminen on tärkeää paitsi järjestelmällisen laadun valvonnan, seurannan, kehittämisen ja ohjauksen kannalta, myös järjestelmän avoimuuden ja läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Lakiluonnos voi lisätä avoimutta ja läpinäkyvyyttä, sillä siinä edellytetään paitsi suunnitelman julkaisemista myös tärkeimpien seurantatietojen julkaisemista tietoverkossa. Lakiluonnoksen mukainen omaavontaojelman saattaa ainakin jossakin määrin tukea valinnanvapauden toteutumista.

Maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon arviointimenettely

Järjestämislakiluonnoksessa säädetään maakuntien arviointimenettelyn käynnistämisestä silloin, kun sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt tästä aloitteen. Arviointimenettelyssä on viisi erilaista arviointiperustetta, joilla maakunnan kykyä järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut arvioidaan. Näistä kolme ensimmäistä kohdistuvat palvelujen saatavuuteen, laatuun ja kustannuksiin. Olennaista on saada arviointikäyttöön ajankohtaista ja luotettavaa tilasto- ja muuta vertailutietoa. Tämä tulee vaatimaan aikaa ja työpanostusta niin maakunnallisella kuin valtakunnallisella tasolla.

Todennäköisesti vaativampi osa arvioinnista on kuitenkin kohdissa neljä ja viisi mainittu maakunnan kyky varmistaa henkilöstö ja osaaminen sekä kyky järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja, kun tämä on mahdollisesti vakavasti ja pitkäaikaisesti vaarantunut. Näihin arviointiperusteisiin ei ole mahdollista vastata pelkän kuvailevan tai vertailevan tilastotiedon pohjalta, vaan ne vaativat huomattavaa maakuntiin kohdistuvien vaatimusten sekä maakuntakohtaisten edellytysten ja prosessien tuntemusta. Arvioinnit tulevat olemaan työläitä ja vaatimaan arvioijilta poikkeuksellisen laajaa toiminnan sisällön, hallinnon, seurannan, ohjauksen ja johtamisen osaamista. Lisäksi arviointityön puolueettomuus on kyettävä takaamaan niin, etteivät mahdollisesti laajenemaan pyrkivät naapurimaakunnat tai muut toimijat pääse asiattomasti vaikuttamaan arviointitulokseen.

Näyttöön ja parhaaseen tietoon perustuvan sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiseen tarvitaan toimiva yhteys tiedontuotannon, kehittämisen ja palvelutuotannon välille

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustana oleva tieto uusiutuu vuosi vuodelta nopeammin. Tutkimukset osoittavat, että erilaiset dokumentit, oppikirjat ja ohjeistukset eivät ole riittäviä takaamaan uuden tiedon siirtymistä käytännön työhön. Niiden tueksi tarvitaan alue- ja paikallistason kehittämistyötä, alueellista yhteistyötä yliopistojen, tutkimuslaitosten, ammattikorkeakoulujen ja elinkeinoelämän ja käytännön asiakas- ja potilastyön välillä sekä tiivistä yhteistyötä valtakunnan tason kehittämistyön kanssa.

Lain tavoitteiden saavuttamiseksi on tärkeää luoda edellytykset nopealle vuorovaikutteiselle kommunikaatiolle ja yhteistyölle akateemisen tiedontuotannon, maakunnallisen kehittämistyön, käytännön palvelutuotannon ja valtakunnallisen kehittämistyön välillä.

Uudistuksen käytännön toteuttamisessa on tärkeää koota yhteen sosiaalialan osaamiskeskusten, perusterveydenhuollon yksiköiden ja erikoissairaanhoidon kehittämisosaaminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista osaamiskeskittymää. Nämä alueelliset osaamiskeskittymät ovat tärkeä resurssi myös uudistuksen toimeenpanovaiheessa, koska niitä olisi mahdollista hyödyntää välittömästi.

Muodostettavilla yhteistyöalueilla ja maakuntien yhteistyösopimuksella on keskeinen merkitys. Lakiluonnoksen mukaan yhteistyösopimuksessa on sovittava yhteistyöstä koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämistoiminnan toteuttamisessa. Kaikkien maakunnalle palveluja tuottavien yhtiöiden ja yhteisöjen on myös osallistuttava palvelujen kehittämiseen maakunnan määrittelemällä tavalla. Mahdollinen eri yhtiöiden välinen kilpailuasetelma aiheuttaa haasteita toteuttaa tätä säännöstä. Yhteistyöalueiden mandaatti ja yliopistosairaaloiden asema syntyvässä uudessa järjestelmässä jää lakiluonnoksen pohjalta epäselväksi.

4 Uudistuksen vaikutuksia asiakkaiden ja potilaiden asemaan ja väestön osallistumisoikeuksiin

Suurten järjestäjien osaaminen luo mahdollisuuksia parantaa asiakkaiden ja potilaiden asemaa

Järjestämisvastuun kokoaminen nykyistä suuremmille järjestäjille tukee vahvaa järjestämisaamasta ja luo siten nykyistä paremmat mahdollisuudet järjestää yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut. Tämä parantaa asiakkaiden ja potilaiden asemaa palvelujen käyttäjinä nykytilanteeseen verrattuna.

Järjestämisvastuun keskittäminen suurille järjestäjille voi vahvistuvan järjestämisaamisen kautta luoda paremmat mahdollisuudet varmistaa palvelujen tarjonnan monipuolistaminen ja niiden laatu. Järjestäjien koon kasvattaminen heijastuu myös maakunnan palvelulaitoksen palveluntuotantoon siten, että mm. ammattirajat ylittävän osaamisen saatavuus voi parantua ja henkilöstön liikkuminen joustavoitua. Esimerkiksi vanhuspalvelujen käyttäjien näkökulmasta on tärkeää, että mm. geriatrian, sosiaalityön, muistisairauksien hoidon, kuntoutuksen ja apuvälinepalvelujen osaamista voidaan yhdistää joustavasti asiakkaan yksilöllistä palveluntarvetta vastaavaksi kokonaisuudeksi. Riippuen siitä, millaisiksi palvelulaitosten tehtäväkuva muodostuu, ne voivat tarjota mahdollisuuksia tällaisten kokonaisuuksien muodostamiselle. Tähän kuitenkin vaikuttaa se, miten integraatio palvelulaitoksen tuottamien palvelujen ja maakunnan yhtiöiden sekä yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin tuottamien palvelujen kesken varmistetaan. Palveluketjujen ja -kokonaisuuksien saumattomuus on tärkeää palvelujen vaikuttavuuden näkökulmasta.

Järjestäjäosaamisen vahvistumisen merkitys korostuu erityisosaamista vaativien palvelujen ja erityistä koordinoitua vaativien palvelukokonaisuuksien kohdalla. Harvinaisten sairauksien diagnosoinnin ja hoidon sekä erityisryhmien, kuten hengityshalvauspotilaiden ja haastavasti käyttäytyvien kehitysvammaisten henkilöiden, palvelukokonaisuuksien laatu ja monipuolisuus voidaan varmistaa paremmin, kun ne järjestetään väestöpohjaltaan riittävän laajalla alueella. Myös muilla kuin suomen ja ruotsin kielellä tarjottavien palvelujen ja tulkkauspalvelujen järjestäminen ja kehittäminen hyötyvät laajasta väestöpohjasta.

Vahvoilla järjestäjillä on myös paremmat mahdollisuudet kehittää vaikeasti hoidettavien sairauksien ja erityisryhmien palvelujen järjestämisen ja tuottamisen edellyttämää

osaamista. Tulevaisuudessa esimerkiksi maahanmuuttajataustaisen väestön palvelujen järjestämisen ja tuottamisen edellyttämä osaaminen tulee korostumaan.

Parempi järjestämisaosaaminen ja laaja väestöpohja luovat aiempaa parempia mahdollisuuksia edistää palvelujen esteettömyyttä ja varmistaa palvelujen monipuolisuus mm. digitaalisten ja mobiilipalvelujen kehittäminen. Näin voidaan vastata eri ryhmien ja erilaisessa asemassa olevien yksilöiden toisistaan poikkeaviin tarpeisiin ja toiveisiin. Esimerkiksi käyttäjälähtöisten digitaalisten palvelujen tarjoaminen niille, joilla on valmiudet ja halu niitä käyttää, voi vapauttaa resursseja enemmän tukea tarvitsevien palveluihin.

Parempi järjestämisaosaaminen ja laaja väestöpohja mahdollistavat palvelurakenteen uudistamisen tarkoituksenmukaisesti siten, että ihmisten usein tarvitsemia lähipalveluja ja matalan kynnyksen palveluja vahvistetaan ja toisaalta kertaluontoisia tai harvemmin käytettyjä palveluja keskitetään. Palvelujen käyttäjän näkökulmasta on tärkeää saada usein tarvittavat palvelut läheltä ja helposti, mutta harvemmin tarvittavat palvelut voidaan hakea kauempaakin etenkin, jos keskittäminen varmistaa niiden laadun ja voi edistää kustannusvaikuttavuutta.

Vaikka järjestäjien väliset erot vähenevät merkittävästi nykyisestä, voi maakuntien koon vaihtelu heikentää yhdenvertaisuuden ja edellä kuvattujen hyötyjen toteutumista. Asiakkaiden ja potilaiden näkökulmasta keskeiseksi muodostuu myös se, millaiseksi monituottajamalliin perustuva palvelurakenne muodostuu eri maakunnissa ja missä määrin eri maakuntiin syntyy yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamia palveluja. Tähän vaikuttavat järjestäjän kyky ja välineet ohjata palvelurakenteen muodostumista, minkä arviointi on lakiluonnoksen perusteella vielä vaikeaa.

Palvelujen integraatio vahvistaa toteutuessaan asiakkaiden ja potilaiden asemaa

Valmisteltavassa mallissa toteutuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen integraatio. Asiakkaiden valinnanvapauteen perustuvassa monituottajamallissa palvelujen tasolla tapahtuvan integraation onnistuminen ja kokonaisuuksien toimivuus riippuvat siitä, millaisia sopimuksellisia ja muita palveluntuottajien ohjauskeinoja maakunnalla on ja miten taitavasti se kykenee niitä käyttämään.

Lakiluonnos sisältää erilaisia palvelujen integraatiota turvaavia menetelmiä, kuten velvoitteen kuvata palvelukokonaisuudet ja -ketjut, tarjota neuvontaa ja ohjausta, toteuttaa palvelutarpeen arviointia ja laatia asiakassuunnitelmia. Lisäksi palveluntuottajat veloitetaan omalta osaltaan varmistamaan integraatio ja toteuttamaan palvelut asiakassuunnitelman mukaisesti. Integraation toteutumisen kannalta keskeiseksi muodostuu se, miten näitä velvoitteita toimeenpannaan käytännössä ja miten palveluntuottajat sitoutuvat noudattamaan niitä.

Lakiluonnos sisältää mahdollisuuksia yksilön tarpeista lähtevien integroitujen palvelukokonaisuuksien kehittämiseen ja tarjoamiseen, vaikka monituottajamallissa tähän liittyykin ilmeisiä haasteita. Palvelujen integraatio hyödyttää etenkin paljon erilaisia palveluja tarvitsevia väestöryhmiä, kuten monisairaita, vammaisia, mielen-terveys- ja päihdekuntoutujia ja lastensuojelun asiakkaita. Näiden käyttäjäryhmien hoidossa ja hoivassa korostuu usein moniammatillisten, kokonaisvaltaista hoitoa ja tukea tarjoavien palvelukokonaisuuksien tarve ja tehokas palveluohjaus. Lakiluonnos sisältää keinoja palvelujen integraation varmistamiseksi, mutta se jää käytännön toteutuksen varaan.

Palveluintegraation toteutumisen edellytyksenä on, että järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla on käytössään riittävät keinot tunnistaa paljon palveluja käyttävät ja palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät asiakkaat. Tämä edellyttäisi maakunnan tasoista riittävän kattavaa tietointegraatiota, joka mahdollistaisi asiakasryhmien ja asiakkaiden automaattisen tunnistamisen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation toteutuminen kuntien ja valtion järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen välillä voi muodostua ongelmaksi

Palvelujen integraation näkökulmasta uudessa rakenteessa voi olla ongelmallista varmistaa maakunnan vastuulle siirtyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kunnan ja toisaalta valtion vastuulle jäävien palvelujen saumaton yhteys siten, että palvelukokonaisuuksien sisälle ei muodostu haitallisia katkoksia.

Koordinointia tarvitaan etenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kuntoutus-, koulutus-, työvoima-, kotouttamis- ja asumispalvelujen välillä. Koordinaation tarve korostuu mm. lapsiperheiden, pitkäaikaistyöttömien, maahanmuuttajien sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tarvitsemissa palveluissa. Näissä palvelujen ja palvelukokonaisuuksien suunnittelu edellyttää monialaista yhteistyötä. Yksilön tarvitsema tuki muodostuu sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi monista erilaisista hyvinvointia tukevista palveluista, jotka uudessa järjestelmässä ovat eri järjestäjien ja tuottajien vastuulla. Integraation varmistaminen edellyttää tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

Esimerkiksi iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden kotona asumisen edistäminen edellyttää samanaikaisesti paitsi sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujen kehittämistä, myös asumisen ja asuinympäristön sekä liikenne- ja kuljetuspalvelujen kehittämistä.

Valinnanvapauden lisääminen sisältää mahdollisuuksia parantaa asiakkaiden ja potilaiden asemaa

Hallituksen linjausten mukainen valinnanvapauden edistäminen ja tuottajakunnan monipuolistaminen sisältää mahdollisuuksia vahvistaa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta sekä parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Koska valinnanvapauden turvaamisen ja tuottajakunnan laajentamisen mekanismit eivät vielä ole tiedossa, ei asiaa ole mahdollista arvioida yksityiskohtaisesti.

Uudistukseen sisältyy mahdollisuuksia turvata väestön osallistuminen ja vaikuttaminen

Maakuntalaki- ja järjestämislakiluonnokset sisältävät säännöksiä maakunnan asukkaiden monipuolisista osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista. Keskeisimpänä näistä voidaan pitää maakuntavaaleja, joilla äänioikeutetut asukkaat valitsevat edustajat ylimpään päättävään elimeen, maakuntavaltuustoon. Maakuntavaalit tarjoavat alueen asukkaille vahvan vaikuttamiskanavan etenkin verrattuna järjestelmään, jossa päätösvaltaa olisi siirretty esimerkiksi kuntayhtymille ja siten pois alueen asukkaiden suoraan valitsemilta elimiltä. Lisäksi maakuntavaltuustolle säädetään velvollisuus tarjota myös muita vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuuksia. Asukkaille, yhteisöille ja säätiöille turvataan aloiteoikeus. Lisäksi maakuntalakiin ehdotetaan säännöksiä kansanäänestyksestä. Maakuntahallituksen on asetettava alueellinen nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto, joiden jäsenet tulee valita maakunnan kunnissa toimivien vastaavien vaikuttamistoimielimien jäsenistä. Maakuntien on myös järjestettävä keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia, valittava palvelujen käyttäjien edustajia maakunnan toimielimiin ja suunniteltava ja kehitettävä palveluja yhdessä niiden käyttäjien kanssa. Lainsäädäntökokonaisuus sisältää velvoitteita ottaa asukkaiden näkemykset huomioon maakunnan toiminnan suunnittelussa, päätöksenteossa ja seurannassa. Erikseen säädetään muun muassa siitä, että asukkaiden näkemykset on otettava huomioon maakunnan palvelulupausta valmisteltaessa.

Asukkaiden vaikuttamis- ja osallistumisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta keskeiseksi muodostuu se, millaisiksi yhteistyöalueiden sisäiset ja muut maakuntien väliset yhteistyörakenteet muodostuvat ja missä määrin päätösvaltaa tosiasiasa siirtyy niihin pois maakuntien valtuustoilta. Lisäksi alueen asukkaiden demokratiaoikeuksien kannalta merkitystä tulee olemaan maakunnan hallintorakenteella ja sillä, missä määrin päättäväntävaltaa kuuluu järjestäjälle ja missä määrin maakunnan palvelulaitokselle. Monituottajamallissa kysymys järjestäjän mahdollisuuksista ohjata tuottajia on keskeinen asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien toteutumisen kannalta

Lakiluonnoksiin sisältyvien monipuolisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien toteutuminen riippuu maakuntien ja niiden palvelulaitosten, mutta myös muiden palveluntuottajien valmiudesta ja osaamisesta käyttää erilaisia osallistumis- ja vaikuttamismenetelmiä, kuten asiakkaiden kokemuksiin perustuvaa tietoa palvelujen kehittämiseen. Vaikutusmahdollisuuksien toteutumisen kannalta on tärkeää, että toimijoita veloitetaan esimerkiksi sopimuksin edistämään vaikutusmahdollisuuksia osana toimintaprosessiaan. Keskeiseksi muodostuu myös se, miten maakuntien asukkaat ja esimerkiksi eri väestöryhmiä edustavat järjestöt ja muut toimijat saadaan osallistumaan ja käyttämään oikeuksiaan ja mahdollisuuksiaan uudessa hallintorakenteessa. Uusi toimintaympäristö edellyttää järjestöiltä ja muilta asiakkaiden, potilaiden ja asukkaiden etuja edustavilta toimijoilta uudenlaisten toimintatapojen kehittämistä.

5 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö ja ohjaustarpeet

Lakiluonnoksen mukaan maakunnan järjestämisvastuulla oleva sosiaali- ja terveydenhuolto sisältää myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen. Lakiluonnoksessa kuvataan erikseen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa ja maakunnassa. Kunnilla on lisäksi monia muita tehtäviä, joilla on merkitystä hyvinvoinnille ja terveydelle (esimerkiksi varhaiskasvatus ja opetus, nuoriso-, liikunta- ja kulttuuritoimi, ympäristösuunnittelu ja kaavoitus, vesi- ja jätehuolto, ehkäisevä päihdetyö, laaja-alainen turvallisuuden edistäminen ja oppilashuolto).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisältö jää lakiluonnoksessa tulkinnanvaraiseksi. Lakiluonnoksesta ei selviä, kuuluuko siihen esimerkiksi väestön hyvinvointi- ja terveystietojen keruu, analysointi ja tulkinta sekä tietojen toimittaminen kunnille. Lakiluonnoksen perusteella maakuntien on annettava asiantuntijatukea kunnille, mutta on epäselvää, millä periaatteella kunnat saavat sitä käyttöönsä. Tulkinnanvaraisuus vaikuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisointiin ja käytännön toimeenpanoon.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen siirtyessä uudistuksessa maakunnan järjestämisvastuulle, siirtyy myös huomattava osa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä ja osaamisesta pois kunnista. Kuntien ja maakunnan rajapinnassa olevien toimintojen yhteistyön ja resursoinnin järjestäminen on myös haasteellista. Vastuut, yhteistyö ja asiantuntijatuki koko väestön hyvinvointi- ja terveysseurantatiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä ovat epäselvät.

Maakuntien omavalvontaohjelman operatiivista toimintaa koskeva seurantatehtävä kaventuu sosiaali- ja terveyspalveluihin eikä sisällä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kuntien valtionosuuteen ja maakuntien valtionrahoitukseen sisällytettävä kannustava elementti, ns. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosa ja kerroin (hyte-kerroin), osaltaan kannustaa kuntia ja maakuntia jatkamaan aktiivista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä.

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemus kaventuu

Uudessa järjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyy maakuntien ja palveluja tuottavien yhtiöiden palvelukseen. Uudistuksen seurauksena kuntien palveluksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö ja osaaminen vähenee merkittävästi, mikä voi vaikeuttaa poikkihallinnollista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinaatiota. Kunnan tulee huolehtia riittävästä voimavaroista hyvinvoin-

nin ja terveyden edistämisessä. Lakiluonnoksen mukaan maakunnan on toimittava yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja tuettava niitä asiantuntemuksellaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Asiantuntijatuen kohdentumista ei lakiluonnoksessa tarkemmin määritellä. Lain toimeenpano ratkaisee, miten kunta saa tukea sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijuutta vaativiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtäviin. Erityisesti pienet kunnat voivat hyötyä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriittisen osaamisen kasvusta koko alueella.

Kuntiin jäävien palvelujen yhteensovittaminen maakuntaan siirtyvien palvelujen kanssa vaatii uudelleen organisointia

Kuntien tuottamien monien eri palvelujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rajapinnassa oleva yhteistyö, esimerkiksi oppilashuolto sekä neuvoloiden ja varhaiskasvatuksen yhteistyö, pitää organisoida uudelleen. Maahanmuuttajien määrän kasvaessa sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kuntien kotouttamistoimien saumaton yhteistyö on tärkeää. Uudistus luo mahdollisuuksia rakentaa tehokkaita toimintatapoja ja rakenteita. Toisaalta riskinä on toimivien yhteistyörakenteiden hajoaminen esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelutuotannon pirstaloituessa, jolloin kokonaisuuden hallinta vaikeutuu.

Terveyden ja hyvinvoinnin seuranta tulee varmistaa

Kuntien tulee seurata asukkaiden elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Myös maakunnalla on velvoite seurata alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä. Seurantaan tarvittavan tiedon tuottaminen jakaantuu osin kunnan ja osin maakunnan vastuulle, mikä voi olla riski toimivan seurantajärjestelmän varmistamisessa ja edellyttää hyvää yhteistyötä ja tietojen yhteensovittamista. Toisaalta uusi järjestelmä voi tarjota mahdollisuuksia kehittää ja parantaa seurantaa.

Kuntia kannustetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen valtionosuuteen sisältyvällä kannusteella

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun muuttuessa kuntien toimenpiteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi saattavat vähentyä. Tämän estämiseksi kuntien valtionosuuteen esitetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosaa, joka jaetaan kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaa ja sen tuloksia kuvaavien indikaattoreiden perusteella (hyte-kerroin).

Myönnettävä euromäärä on osa yleiskatteista valtionosuutta. Tällä voidaan arvioida olevan sekä ohjauksellista että viestinnällistä arvoa. Kannustimen käyttö korostaa kunnan eri hallintokunnissa (tässä yhteydessä erityisesti peruskouluissa, liikunnan edistämässä ja kunnan poikkihallinnollisessa johtamisessa) tehtävää hyvinvoinnin ja ter-

veyden edistämistyötä ja motivoi samalla aikaansaamaan hyviä tuloksia väestötasolla. Ohjausvaikutuksen taloudellinen merkitys riippuu lisäosan suuruudesta, joka esityksen mukaan on noin 0,5 prosenttia valtionosuudesta. Tämä on merkittävä taloudellinen kannustin.

Hyvinvointia ja terveyttä edistetään usein myös kunnan ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyönä. Motivaatio tukea kuntien toiminta-avustusten turvin toimivia paikallisia yhdistyksiä ja järjestöjä saattaa heiketä, kun sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu siirtyy maakunnalle.

Maakuntien valtionrahoitukseen sisältyvä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustin korostaa ehkäisevien palvelujen tärkeyttä

Maakunnille myönnettävään valtionrahoitukseen esitetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerrointa, joka perustuisi maakunnan toimintaan ja saavutettuihin tuloksiin kolmella keskeisellä alueella: a) merkittävimpien kansansairauksien ennaltaehkäisy, b) ikääntyvien toimintakyvyn edistäminen ja tapaturmien vähentäminen sekä c) syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumisen ehkäiseminen sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Myönnettävä rahoitus on osa yleiskatteista valtionosuutta, jolla voidaan arvioida olevan sekä ohjaus- että viestinnällistä vaikutusta. Maakuntien päätöksentekijöille rahoitukseen liitetty kerroin toimii viestinä ehkäisevien sosiaali- ja terveystalvelujen painottamisesta. Oletuksena myös on, että tämä painotus siirtyy sisältönä tuottajien kanssa tehtäviin sopimuksiin sekä tuottajille maksettaviin korvauksiin, jolloin kannusteen voidaan ajatella toimivan tehokkaimmin. Taloudellisen ohjausvaikutuksen merkittävyys riippuu rahoitusosuuden suuruudesta. Esitetty yksi prosentti maakunnan valtionrahoituksesta kannustaa järjestämään ehkäisevät palvelut laadukkaasti.

6 Toteutettavan hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuus

Järjestäjien määrä vähenee merkittävästi, mutta tarve yhteistyölle jää

Uudistus vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien määrää merkittävästi. Lisäksi uudistus parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueiden koordinoinnin ja yhteensovittamisen edellytyksiä palvelujen järjestämisen tasolla.

Koska sosiaali- ja terveystalvet järjestävien maakuntien määrä jää vielä verraten suureksi, yhteistyöalueiden muodostaminen ja alueittaisten yhteistyösopimusten laatiminen on edellytys riittävän alueellisen koordinaation saavuttamiseksi. Järjestelmässä, joka koostuu erilaisista toimijoista (maakunnista ja niiden palvelulaitoksista, julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin tuottajista) ja jossa keskeinen osa palveluista on keskitetty vain osalle maakuntia, edellyttää koko yhteistyöalueen kattavan palvelurakenteen tarkoituksenmukainen kehittäminen ja integraation varmistaminen tiiviitä alueellisia yhteistyörakenteita ja vahvaa järjestämisaamista. Järjestäjällä tulee myös olla tehokkaita välineitä ohjata tuottajia mm. integraation varmistamiseksi.

Lakiluonnoksen perusteella ei ole täysin selvää, miten järjestämisvastuu jakautuu maakunnan ja sen palvelulaitoksen välillä. Lähtökohtana on, että maakuntahallinto vastaa järjestämisestä ja palvelulaitos palvelujen tuottamisesta, mutta järjestämisvastuun kannalta keskeisiä tehtäviä (kuten hankinta ja sopimukset yksityisten palveluntuottajien kanssa) osoitetaan palvelulaitoksen vastuulle. Epäselväksi jää, millaiset tosiasialliset mahdollisuudet maakunnalla on vastata järjestämistehtävää. Täysin selvää ei ole myöskään se, miten kysymys julkisen vallan käytöstä on järjestetty uudessa rakenteessa. Lakiluonnoksen perusteella ei esimerkiksi ole selvää, missä yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia koskevat päätökset tehdään ja mikä taho käsittelee oikaisuvaatimukset. Nämä seikat vaikuttavat kokonaisuuden hahmottumiseen.

Järjestäjiin kohdistuva ohjaus selkeytyy ja valtion ohjaus tehostuu

Valtion rooli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien ohjauksessa vahvistuu merkittävästi ja muodostuu varsin suureksi erityisesti rahoitusmallista johtuen. Tämä on perusteltua, jotta uudistukselle asetetut kansalliset tavoitteet saavutetaan. Valtakunnallisesti asetettavat strategiset tavoitteet ja uuteen järjestelmään sisältyvät erilaiset neuvottelume-

nettelyt parantavat valtiovallan ohjausvoimaa, mikäli tavoitteet asetetaan riittävän konkreettiseksi ja niiden toteutumista seurataan yksityiskohtaisesti ja riittävän ajantasaisesti.

Ohjausjärjestelmän riskit liittyvät maakuntien sisäisiin järjestäjä-tuottajamalleihin sekä erilaisten yhteistyösopimusjärjestelyihin ja valtion ohjausjärjestelmän yhteensovittamisen haasteisiin sekä etenkin ohjauksen ulottamiseen markkinoilla toimiviin palveluntuottajiin. Tämä edellyttää uudenlaisia ohjauskeinoja, joita arvioitavaan lakiluonnokseen ei vielä sisälly riittävästi. Järjestäjien ja muiden viranomaistahojen ja tuottajien roolit, toimivaltuudet, vastuut ja tehtävät on määriteltävä selkeästi. Ohjauskokonaisuuden arviointi on mahdollista vasta kun valinnanvapausjärjestelmä ja siihen liittyvät markkinoille pääsyn ja järjestelmän ohjauksen rakenteet ja mekanismit täsmentyvät.

Hankinta- ja tukipalveluja keskitetään

Maakuntien yhteisomisteisten yhtiöiden (palvelukeskusten) vastuulle keskitettävät hankinta- ja tukipalvelut luovat edellytyksiä kustannussäästöille. Hankinta- ja tukipalvelujen keskittäminen valtakunnallisesti voi järkevästi toteutettuna varmistaa riittävän osaamisen ja tehostaa ja systematisoida niitä ja tuoda siten kustannussäästöjä. Tämä kuitenkin edellyttää uudistuksessa muodostuvien toimijatahojen (maakunnat, palvelulaitokset, yhteisyhtiöt ja muut tuottajat) roolien, tehtävien, vastuiden ja toimivallan huolellista määrittelyä, jotta työnjako on toimiva ja päällekkäisyydet vältetään. Lakiluonnos ei ole vielä näiltä osin riittävän yksiselitteinen. Keskitettävillä tukipalveluilla tavoiteltavat volyymihyödyt eivät välttämättä toteudu, koska markkinoilla toimivia palveluntuottajia, mukaan lukien maakunnan omat yhtiöt, ei voida velvoittaa käyttämään palvelukeskuksia.

Uudistus edellyttää mittavia hallinnollisia järjestelyjä

Uudistuksen toimeenpano ja siihen sisältyvien uusien organisaatioiden perustaminen ja yhtiöittäminen edellyttävät laajamittaisia hallinnollisia järjestelyjä. Hallinnollisten muutosten ja uudelleenjärjestelyjen määrä ja toimeenpanon edellyttämä työpanos tulee olemaan mittava. Uudistus voi kuitenkin johtaa nykyistä rationaalisempaan hallintoon edellyttäen, että uudistuksen toimeenpanoa tuetaan vahvalla valtakunnallisella sisältö- ja talousohjauksella ja että perustettavat maakunnat harjoittavat alusta alkaen tiivistä yhteistoimintaa ja koordinoivat palvelutuotantoa ja maakuntien muita tehtäviä. Nykyisten kuntayhtymien ja muiden organisaatioiden lakkauttaminen ja hallinnollisten järjestelyjen purkaminen voi osoittautua työlääksi. Uudistuksen toimeenpano edellyttää määrätietoista ja asiantuntevaa hankejohtamista sekä riittävää siirtymäaikaa.

7 Palveluverkko ja palvelutuotanto

Vahvemmallalla palvelujen järjestäjällä on paremmat edellytykset järjestää tarkoituksenmukainen palvelutuotanto

Lakisääteisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuun siirtyessä kuntaa laajemmalle alueelle, maakunnalle, vahvistuvat palvelujen järjestäjän mahdollisuudet ja voimavarat suunnitella kustannustehokas palveluverkko ja palvelutuotanto, rationalisoida laitospainotteinen ja paljon henkilökuntaa vaativaa palvelujärjestelmä sekä kohdentaa voimavaroja uudelleen. Perus- ja erityistason palvelujen järjestämisen vastuu on jatkossa samalla toimijalla, mikä tarkoittaa sitä, että mahdollisuudet tarjota palveluja oikea-aikaisesti paranevat edellyttäen, että järjestelmään liittyvä rahoitusmalli tukee tätä. Edellytykset siirtää palvelujen painopistettä perustasolle vahvistuvat, mikä edistää kustannustehokkuutta.

Vahvemmallalla palvelujen järjestäjällä on paremmat edellytykset sovittaa yhteen ja integroida alueen palveluja sekä vähentää ennakoimattomia, kalliita palveluja ja suunnittelemattomia ja koordinoimattomia käyntejä sekä laitoshoidtoa.

Maakuntien välillä on huomattavia eroja kyvyssä järjestää tarpeenmukaiset ja riittävät sosiaali- ja terveystalvelut

Maakuntien välillä on merkittäviä eroja väestöpohjassa, väestörakenteessa ja palvelutarpeissa. Eroja on myös nykyisessä sote-infrastruktuurissa, palvelurakenteessa sekä sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstössä. Kuten liitteestä 3 ilmenee, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne ja -tuotanto eroavat merkittävästi eri maakuntien välillä.

Maakuntien väliset erot sekä julkisen että yksityisen ja kolmannen sektorin palvelurakenteessa ja -tuotannossa sekä henkilöstömäärissä suhteessa väestöön ovat merkittäviä.

Niihin maakuntiin, joissa on yliopistosairaala, on keskittynyt osaamista, joka mahdollisesti kasvaa uudistuksessa. Maakuntien mahdollisuudet omaan palvelutuotantoon ovat huomattavan erilaisia, ja osalla maakunnista on heikot edellytykset turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Resurssit ja asiantuntemus palvelujen kehittämiseen, tutkimukseen ja osaamisen varmistamiseen sekä ennakoimiseen vaihtelevat.

Yksityinen palvelutuotanto on keskittynyt ja tulee mahdollisesti myös tulevaisuudessa keskittymään kasvukeskuksiin väestötiheyden vuoksi. Osalla maakunnista on jo olemassa yksityisen tuotannon kapasiteettia ja toimivat markkinat, osa puolestaan joutuu luottamaan yritysten syntymiseen uudistuksen edetessä. Julkinen sektori ei voi luoda alueelle aitoon markkinamekanismiin nojaavaa yksityistä tuotantoa, vaan tuotannon lisääntyminen ja monipuolistuminen perustuu ensisijaisesti palvelujen kysyntään. Tosiasialliset edellytykset aidon monituottajamallin ja valinnanvapauden toteuttamiselle täyttyvät todennäköisesti eri aikoina eri puolilla Suomea. Palvelutarvetta, palvelurakennetta ja henkilöstön määrää sekä saatavuutta tarkasteltaessa vaikuttaa siltä, että joidenkin maakuntien kyky järjestää tarpeenmukainen sosiaali- ja terveydenhuolto ei tule olemaan riittävä ilman mittavia palvelurakenteen muutoksia, koordinaatiota ja hyvää maakuntien yhteistyötä.

Tuottajakunnan monipuolistuessa yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden tulo markkinoille voi vaikuttaa keskeisesti palveluverkkoon ja -tuotantoon. Palvelutuotantoa koskevien linjausten tulee olla mahdollisimman selkeitä ja pysyvä vakaina, jotta kaikilla toimijoilla on mahdollisuus suunnitella toimintaansa ja arvioida sen kannattavuutta.

Maakunnan oman palvelutuotannon, eli palvelulaitoksen, sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuotannon ja palvelujen yhteensovittaminen kaikilla tasoilla edellyttää selkeää palvelujen rahoitusmekanismia, määriteltyjä palvelukokonaisuuksia ja vahvaa järjestämisosaamista. Vaikutuksia palveluverkon kehittymiseen on vaikea arvioida, sillä maakunnille näyttäisi luonnoksen perusteella syntyvän keskeinen rooli niiden periaatteiden määrittelyssä, jotka ohjaavat palvelutuotannon muodostumista. Tähän kuitenkin vaikuttaa se, millaiseksi maakuntien rooli muotoutuu valinnanvapausjärjestelmään pääsyn ja sen ehtojen määrittelyssä. Maakunnat voivat päättää esimerkiksi erilaisten liikuvien palvelujen tai etäpalvelujen käytöstä. Tällä hetkellä palvelutuotantoa voidaan tarkastella maantieteellisesti kuntarajojen ja kuntien järjestämisvastuun näkökulmasta.

Uudenlaiset toimintamuodot, kuten lääkärin ja hoitajan etävastaanotto, vaikuttavat palvelutuotannon rakenteeseen. Maakunnilla tulee tulevaisuudessa olemaan nykyistä paremmat mahdollisuudet uusien palvelumuotojen tuotannon periaatteiden määrittelyssä. Tämä luo mahdollisuuden siihen, että uudenlaiset palvelumuodot yleistyvät koko maakunnan alueella verrattuna nykytilaan, jossa ne kohdistuvat tietyille alueille tai tiettyihin erityispalveluihin. Suurilla järjestäjillä on mahdollisuus kehittää ja ylläpitää uudenlaisia palvelumuotoja, joiden käynnistäminen voi vaatia taloudellisia resursseja ja laajaa osaamista, toisin kuin pienillä järjestäjillä, jotka eivät välttämättä voi irrottaa henkilöstöä tai taloudellisia resursseja niiden kehittämiseen.

Lakiluonnoksesta tai hallituksen linjauksesta ei ilmene, miten määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskeva tavoite (kaikista sosiaali- ja terveystalouksista vai palvelumuodoittain). Tätä palvelustrategiassa maakunnan päätettäväksi tulevaa tehtävää on mahdotonta arvioida tässä vaiheessa.

Lakiluonnoksen mukaan maakunnan on varmistettava, että kaikkialla maakunnassa on saatavilla palveluja. Maakunnan on myös huolehdittava palvelujen vaikuttavasta ja kustannustehokkaasta tuottamisesta.

Palvelujen kokoaminen suurempiin kokonaisuuksiin ja toimintojen keskittäminen voi vähentää kilpavarustelua

Osa sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvista palveluista ja tehtävistä voidaan keskittää yhden tai useamman maakunnan järjestämisvastuulle. Palvelujen yhdenvertainen laatu ja saatavuus voidaan varmistaa aiempaa paremmin keskittämällä erityisen vaativa osaaminen tai teknologia, harvinaisten sairauksien hoito tai harvoin käytettävät palvelut joihinkin yliopistosairaaloihin, keskussairaaloihin tai laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon pätevyyttä tuottaviin maakuntiin. Vaativan erityistason sosiaalihuollon palvelut sekä sosiaalihuollon tukipalvelut on perusteltua keskittää valtakunnallisesti osaamisen, turvallisuuden ja palvelujen laadun takaamiseksi, ja tähän lakiluonnos tarjoaa mahdollisuuksia. Keskittämällä voidaan vähentää kilpavarustelua ja osaoptimointia, mutta toisaalta asetustasolla on arvioitava keskittämisen ja investointien rajausten ja tarkkuustason tarkoituksenmukaisuutta. Teknologia kehittyy ja monien laitteiden yksikkökustannukset alenevat jatkuvasti. Tästä syystä keskittämistä pitää arvioida tasaisin väliajoin, jotta se ei estä lain tarkoitusten toteutumista.

Keskittämisen ohella toimintoja voidaan siirtää myös toiseen suuntaan esimerkiksi terveyskeskukseen ja kotiin, kun erilaiset toimenpiteet arkipäiväistyvät ja tekniikka kehittyy. Maakunnan tasolla tehtävä työnjako antaa toimipisteille mahdollisuuden erikoistua. Erityisosaamisen ylläpitäminen helpottuu ja palvelujen laatu paranee koulutuksen, asiantuntemuksen ja kollegiaalisen tuen kautta. Suurempi väestöpohja sallii esimerkiksi erilaisten ryhmävastaanottojen käyttöönoton laajentamisen.

Päivystyksen keskittäminen muuttaa sairaalaverkon toimintaa

Ympäri vuorokautisia päivystävän toiminnan yksiköitä on tällä hetkellä noin 40. Hallituksen linjauksen mukaan vaativin erikoissairaanhoidon päivystys kootaan 12 sairaalaan, joissa ylläpidetään ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä. Niiden yhteydessä tarjotaan myös sosiaalipäivystystä. Pienemmistä sairaanhoidon yksiköistä, kuten aluesairaaloista, lopetettaisiin joitakin palveluja. Kiireellistä vastaanottotoimintaa järjestettäisiin arki-iltaisin ja viikonloppuisin päiväsaikaan terveyskeskusten toimipisteissä. Ensihoidollisen lähipalvelun tarve tulee korostumaan.

Laajan sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen keskittäminen 12 maakunnan tehtäväksi varmistaa riittävän erikoisalakohdittaisen osaamisen päivystysyksiköissä, lisää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua sekä karsii kustannuksia aiheuttavia päällekkäisyyksiä. Osa maakunnista tukeutuu toisen maakunnan päivystykseen. Nykyinen sairaalapäivystysverkko harvenee, ja keskussairaaloiden erikoisalojen päivystykselliseen toimintaan ja

mahdollisesti muuhun erikoisalojen toimintaan tulee merkittäviä muutoksia. Päivystyspisteiden vähentyessä erilaiset kevyet akuuttivastaanottopisteet tulevat yleistymään.

Palvelujen alueellinen yhteensovittaminen ja asiakkaan palvelukokonaisuudet edellyttävät hyvää yhteistyötä, tehokasta toimeenpanoa ja seurantaa

Palvelujen alueellisen yhteensovittamisen onnistuminen edellyttää tarkoituksenmukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantorakenteen suunnittelua, päällekkäisyyksien karsimista, tehokasta toimeenpanoa ja hyvää yhteistyötä alueen kuntien kanssa. Maakuntien päätöksillä palvelujen painopistettä on mahdollista viedä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja peruspalveluihin.

Maakuntiin voi muodostua erilaisia tuotantokeskittymiä riippuen niiden maantieteestä. Vaikka palvelut keskittyvät maakunnan sisällä, tulee maakuntiin muodostumaan erilaisia alueita ja niille omia keskipisteitä taajamien yhteyteen.

Mahdollisuudet omiin maakunnallisiin ja alueellisiin ratkaisuihin ja palvelujen organisointitapoihin lisäävät joustavuutta, mutta palvelutarpeen seuranta ja arviointi vaativat toimivia seurantajärjestelmiä erityisesti silloin, kun palveluntuottajia on useita tai kun maakunta tuottaa runsaasti palveluja myös ulkopuolisille tahoille.

Maakuntien järjestämisvastuuseen kuuluu vastuu palvelujen käyttäjien palvelukokonaisuuksien toteutumisesta. Lakiluonnoksessa ei täsmennetä, millä tasolla (asiakasryhmät, yksilö) palvelukokonaisuuksien toteutumista seurataan ja miten varmistetaan asiakaslähtöisesti integroidut palvelut sekä toimivat palvelu- ja hoitoketjut esimerkiksi valinnanvapauden laajentuessa ja monituottajamallissa.

8 Linjausten mukaisen rahoitusjärjestelmän toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Valtio vastaa ensisijaisesti maakuntien järjestämisvastuulle siirtyvän sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta. Maakunnan verotusoikeus jää linjauksen mukaan ainakin kuluvan vaalikauden ajaksi syrjään. Täydellä valtionrahoituksella toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitusjärjestelmiä ei ole maailmassa useita. Britannian kansallinen terveydenhuolto lienee tunnetuin esimerkki täyden valtionrahoituksen järjestelmästä. Norjassa sairaalatoiminnan rahoitus siirtyi 2000-luvun alussa valtion vastuulle ja sairaalapalvelut rahoitetaan neljän alueellisen toimijan kautta. Rahoitusuudistuksen voimaantulon jälkeen sairaalapalvelujen saatavuus parani ja jonot lyhenivät. Myös sairaalatoiminnan kustannustehokkuus (tuottavuus) parani. Norjassa sairaalatoiminnan rahoituksen keskittäminen ei ole johtanut merkittäviin kustannussäästöihin, ja sairaalatoiminnan tehokkuuden parantumisen arvioidaan johtuneen pikemminkin toimintakohtaisten korvausperusteiden muuttamisesta kuin rahoituksen keskittämisestä. (Hagen & Kaarbøe 2006, Magnussen, Hagen & Kaarbøe 2007.)

Integraatio voi tuottaa taloudellisia hyötyjä

Hallituksen linjauksen mukaan laaja asiakaskeskeinen integraatio on keskeinen keino saavuttaa kustannussäästöjä ja kaventaa väestön terveyseroja. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio voi parantaa palvelujen laatua, asiakkaan elämänlaatua sekä tuottaa taloudellisia hyötyjä. Ennaltaehkäisevät palvelut voivat vähentää hoidon kestoa ja todennäköisyyttä päätyä erikoissairaanhoidon tai laitoshoidon. Asiakkaiden tarpeisiin hyvin vastaavat palveluketjut voivat alentaa kokonaishoidon kustannuksia. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että kaikki palvelut voidaan rahoittaa samasta budjetista, jolloin palvelujen järjestäjälle ei synny kannustinta kustannusten siirtoon. (Mason ym. 2014.)

Kansainväliset tulokset integraation hyödyistä eivät ole täysin yksiselitteisiä. Laajassa kirjallisuuskatsauksessa (Mason ym. 2014) tarkasteltiin kokonaisintegraation vaikutuksia palvelujen käyttöön, kustannuksiin, laatuun ja vaikuttavuuteen sekä vanhusten laitoshoidossa että erikoissairaanhoidossa. Palvelujen käyttöä ja kustannuksia koskevat tulokset olivat vaihtelevia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisintegraation havaittiin alentavan erikoissairaanhoidon kustannuksia kolmessa eri hankkeessa kaikkiaan 34 tutkitusta hankkeesta.

Muissa tulokset olivat liian epäselviä johtopäätösten muodostamiseen tai kokonaisintegraation ei havaittu vaikuttavan joko erikoissairaanhoidon käyttöön tai sen kustannuksiin. Vanhusten laitoshoidossa kahdessa hankkeessa (11 tutkittua hanketta) kokonaisintegraation havaittiin vähentävän laitoshoidoa. Yhdessä hankkeessa integraation havaittiin lisänneen laitoshoidoa. Lopuissa hankkeista ei havaittu muutoksia tai selviä johtopäätöksiä ei voitu tehdä. (Mason ym. 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoittamis- ja järjestämisvastuun keskitäminen voi edesauttaa palveluintegraation toteutumista. Haasteena on luoda sellaiset edellytykset, että kaikki linjauksessa mainitut integraation muodot pystytään toteuttamaan yhtä aikaa.

Kilpailu ja yhtiöittäminen voivat hillitä menojen kasvua

Maakunnan on toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen eri oikeushenkilöihin. Sen lisäksi valinnanvapauden piiriin kuuluvat ja markkinoilla olevan tuotannon kanssa kilpailevat maakunnan omat palvelut yhtiöitetään. Yhtiömallin tarkoituksena on taata tasapuoliset toimintaedellytykset tuottajien kesken markkinoilla tapahtuvassa toiminnassa sekä varmistaa näin valinnanvapauden edellytysten toteutuminen. Yhtiömalli avaa tuottajien välistä kilpailua asiakkaista ja markkinaosuuksista.

Palvelujen järjestämisvastuun mittakaavan kasvulla voi olla myönteisiä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitykseen. Vastaavasti yhtiöittämisvelvoitteen vaikutuksia palvelujen tuotannon mittakaavaan on vaikea arvioida tarkasti. Monituottajamallille perustuvan laajan valinnanvapauden yhtenä tavoitteena on lisätä erityisesti pienten ja keskisuurten tuottajien mahdollisuuksia osallistua palvelujen tuotantoon. Tämä pyritään takaamaan velvoittamalla maakuntia yhtiöittämään omaa tuotantoaan. On luultavaa, että linjausten myötä palveluntuottajien lukumäärä aluksi kasvaa, mutta ajan myötä markkinoille vakiintuu niiden toiminnan ohjaamana suuren palvelutuotannon mittakaavan omaavia toimijoita. Tuotannon mittakaavan kasvattaminen ei kuitenkaan aina tuota taloudellisia etuja, ja tutkimustulosten mukaan mittakaavaedut sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä vaihtelevat ja riippuvat palvelumuodosta (Koorman 1994; Christensen 2004; Farsi, Filippini & Lunati 2008).

Kilpailu ei sinänsä johda automaattisesti tehokkaisiin ratkaisuihin markkinoilla, vaan se vaatii tiettyjen ennakkoehtojen toteutumista. Taloustieteellisen tutkimuksen mukaan kilpailu parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua, jos tuottajille maksettavat korvaukset ovat säädeltyjä ja etukäteen määriteltyjä kiinteitä korvauksia erityisesti sairaaloille. (Gaynor & Town 2012)

Kilpailu voi jopa heikentää sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua, koska kilpailun kiristyminen laskee hintoja ja heikentää samalla palvelujen laatuun tehtävien investointien kannattavuutta yrityksissä (Gaynor & Town 2012). Kelan ja THL:n tuoreessa tutkimuksessa (Pekola ym. 2016) tutkittiin prosessilaadun ja kilpailun yhteyttä säänneltyjen hintojen markkinoilla. Tutkimuksen mukaan kilpailu alensi palvelun mitattua prosessi-

laatua lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapiassa. Tämän arvioitiin johtuvan pääsääntöisesti siitä, että asiakkailla ei ollut tarpeeksi hyviä mahdollisuuksia arvioida palveluntuottajien palvelulaatua.

Rahoitusjärjestelmän toimivuus ja hallituksen linjaamien uudistustavoitteiden toteutuminen riippuvat lopulta siitä, miten maakunnat kohdentavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen osoitetut rahat. Järjestämislakiluonnos ei ota suoraan kantaa siihen, miten maakunta painottaa ja resursoi omassa päätäntävallassaan olevaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Valtioneuvosto voi kuitenkin tarvittaessa vahvistaa erikseen kullekin maakunnalle strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi sekä päättää maakuntia sitovasti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämisen edellyttämistä toimenpiteistä.

Yhteenvedo asiantuntijakyselyn tuloksista

Hallituksen linjausten mukaan pääsääntöisesti valinnanvapauden piiriin kuuluvat ja markkinoilla olevan tuotannon kanssa kilpailevat maakuntien palvelut yhtiötetään. Näin pyritään luomaan monituottajamalli, jossa potilaista kilpailevat tasavertaisesti yksityinen, julkinen ja kolmas sektori. Monituottajamallin ja yhtiöittämisen mahdollisia vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon selvitettiin lähettämällä sähköinen kyselylomake 21 usealla eri markkina-alueella toimivalle asiantuntijalle. Kysely jouduttiin toteuttamaan kireällä aikataululla, jonka vuoksi vastausaktiivisuus jäi varsin pieneksi (6 vastaajaa). Kyselylomake sisälsi yhdeksän avointa kysymystä, jotka käsittelivät monituottajamallia ja yhtiöittämistä.

Asiantuntijat arvioivat monituottajamallin vaikuttavan myönteisesti kilpailuun sellaisilla alueilla, joilla on edellytykset kilpailulle. Niillä alueilla, joilla yksityiset toimijat ja yhteisöt eivät näe liiketoimintamahdollisuuksia, kilpailua ei luonnollisesti katsota syntyvän. Kilpailun mahdollinen lisääntyminen ei joidenkin asiantuntijoiden mukaan välttämättä paranna sosiaali- ja terveystalouden palvelujen laatua tai hillitse kustannuksia. Kilpailun vaikutuksen katsottiin kuitenkin riippuvan siitä, millainen valinnanvapausjärjestelmä lopulta luodaan. Asiantuntijoiden näkemyksissä korostui, että on vaikea tehdä mittavia johtopäätöksiä esimerkiksi siitä miten yhtiöittäminen vaikuttaa hallituksen esittämiin tavoitteisiin hillitä sote-menoja, koska yksityiskohdat (kuten valinnanvapausjärjestelmä) ovat vielä ratkaisematta. Yhtiöittämisvelvoitteen katsottiin kuitenkin todennäköisesti lisäävän esimerkiksi transaktiokustannuksia sekä uudistuksen alkuvuosina myös fuusiokustannuksia. Yhden asiantuntijan mielestä tällä hetkellä toimivilla ei-yhtiöiteytyillä toimijoilla on jo korkeat transaktiokustannukset, ja yhtiöittämisen johdosta transaktiokustannukset pienenevät.

Hallituksen linjauksessa korostetaan laajan palveluintegraation toteutumista. Asiantuntijoiden mukaan yhtiöittäminen ei edistä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen integraatiota, mikäli yhtiöittäminen koskee vain pieniä toimijoita. Tätä perusteltiin mm. sillä, että jos sosiaali- ja terveystalouden palvelujen perustasolla toimii useita pieniä palvelukokonaisuuksia tuottavia toimijoita, niin silloin integraatio palvelujen välillä heikkenee. Usean yhti-

ön kanssa toimiminen voi näin lisätä transaktiokustannuksia sekä osaoptimointia. Yksi asiantuntija piti integraatiota ongelmana, koska hallituksen linjauksessa yhtiöittäminen koskee perustasoa ja eroaa näin erityistasosta, joka perustuu maakunnan omiin toimintayksiköihin. Tällöin kummallakaan taholla ei ole erityisiä kannusteita integraatioon. Tämän vuoksi perustason ja erityistason välinen raja voi kasvaa nykyisestä. Yksi asiantuntija katsoi, että integraatio on ollut mahdollista toteuttaa myös nykyisessä järjestelmässä. Integraatiota ei ole kuitenkaan tapahtunut, eikä yhtiöittäminen tuo tähän muutosta.

Asiantuntijoilta kysyttiin, minkälaisia sääntelymekanismeja uusi markkinatilanne vaatii ja kenen sääntelyä tulisi tehdä. Vastauksissa asiantuntijat korostivat vahvan kokonaisohjauksen merkitystä, pelkän kilpailun valvonnan ei katsottu riittävän. Yksi asiantuntija painotti sitä, että koska järjestelmällä luodaan näennäismarkkinat, ongelmia joudutaan ratkomaan lainsäädännöllä, ei markkinatoiminnalla. Pääasialliset ratkaisut toivottiin tehtäväksi valtakunnallisesti siten, että valtion viranomaisten roolit on selkeästi määritetty. Sisällön valvontaa pidettiin tärkeänä ja valvontaa varten tulisi määritellä yhteiset laatuksiteerit ja -mittarit mahdollisimman selkeästi. Sääntelymekanismien tulisi myös estää palveluntuottajia valikoimasta asiakkaita, mutta niiden tulisi myös taata palveluntuottajille mahdollisuudet harjoittaa voitollista liiketoimintaa (järkevä palvelutuotehinnoittelu). Riittävän sääntelyn tason katsottiin kuitenkin riippuvan lopullisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisratkaisusta.

Yhtiöittämisvelvoite voi olla ongelmallinen sellaisten organisaatioiden (kuten yliopistosairaalat) tapauksessa, jotka toimivat sekä monopoliasemassa että kilpailuilla markkinoilla yhtä aikaa. Asiantuntijoiden mukaan yhtiöittämisvelvoite ei toimi tällaisissa tapauksissa. Riski monopoliaseman väärinkäytöstä kilpailuedun saavuttamiseksi nähtiin todellisenä. Mikäli tällaisissa tapauksissa ainoastaan markkinoilla toimiva osa yhtiöitetään, ongelmaksi voi muodostua yhteisten resurssien käyttö. Resurssien eriyttämisen katsottiin puolestaan johtavan päällekkäiseen resursointiin.

Asiantuntijoille annettiin lopuksi mahdollisuus esittää omia näkemyksiä yhtiöittämisen eduista sekä haitoista ja haasteista. Monituottajamallin ja yhtiöittämisen etuina pidettiin, että ne vähentävät puoluepolitisointia sekä pakottavat etsimään parhaat mahdolliset henkilöt ja strategiat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon. Yhtiöittäminen saattaa tehostaa ja järjestyttää toimintaa ja sallia resurssien joustavan käytön. Järjestelmän katsottiin myös sallivan kannustimien rakentamisen. Uudistuksen ongelmana pidettiin mm. sen liiallista kunnianhimoisuutta; liian monta merkittävää ja syvällistä reformia pyritään toteuttamaan yhtä aikaa. Henkilöstön rekrytointi, erityisesti syrjäseuduille, nähtiin erityisenä ongelmana. Osaavien henkilöiden rekrytointia avainasemiin pidettiin myös haasteena. Uudistuksen katsottiin jättävän myös avoimeksi sen, miten lopullisen palveluverkon ja -pisteiden sijainti määräytyy sekä sen miten vältetään palvelujen yli- ja alitarjonta. Myös perustason palvelujen turvaaminen syrjäseuduilla nähtiin ongelmana.

Asiantuntijoiden vastauksista kuultaa epäselvyys tulevasta toimintamallista, eikä niistä siksi nouse esiin yksisuuntaisia näkemyksiä säästöjen toteutumisesta tai tavoitteesta jäämisestä. Erityisesti vastauksista voi päätellä, että uudistuksen taloudelliset vaikutukset riippuvat siitä, miten arviointihetkellä vielä avoinna olevat perustavanlaatuiset kysymykset ratkaistaan.

9 Vaikutukset valtiontalouteen

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laajasta järjestämisvastuun keskittämisestä paikalliselta tasolta alueelliselle tasolle ei ole aikaisempaa kokemusta, jota voitaisiin suoraan soveltaa järjestämislakiluonnoksen taloudellisten vaikutusten ennakkoinnissa. Kansainväliset kokemukset sosiaali- ja terveyspalvelujen yhtä mittavista uudistuksista ovat vähäisiä. Ruotsissa on kuitenkin monen vuosikymmenen kokemus terveydenhuollon järjestämisen ja rahoitusvastuun yhdistämisestä autonomisten alueellisten toimijoiden, maakäräjien, vastuulle.

Pohjois-Irlannissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tilaaminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan. Palvelujen järjestämisestä ja tilaamisesta vastaa koko maan kattava sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta, jota tukee viisi paikallista tilaajaryhmää. Palvelujen tuottamisesta ja toteuttamisesta vastaa viisi alueellista säätiötä, jotka toimivat vastaavilla alueilla tilaajaryhmien kanssa.

Tanskassa terveydenhuollon järjestämisvastuu siirrettiin noin 10 vuotta sitten viidelle alueelliselle toimijalle, joiden rahoituksesta pääosin (noin 80 %) vastaa valtio. Tanskassa myös kunnat rahoittavat alueellisia toimijoita. Kuntien rahoitus perustuu kapitaatioon sekä niiden asukkaiden palvelujen käyttöön. Uudistus muistuttaa Suomessa valmisteltavaa sote-uudistusta, mutta Tanskan reformi ei kattanut sosiaalipalveluja. Sairaalahoidon järjestämisvastuu keskitettiin 2000-luvun alussa Norjassa viidelle valtion alueelle.

Erilaisia valinnanvapausmalleja on sovellettu esimerkiksi Ruotsissa ja Englannissa jo vuosia. Näistä uudistuksista on melko laajaa seuranta- ja arviointitietoa, mutta sitä voidaan soveltaa vain pieneltä osin Suomen sote-uudistuksen taloudellisten ja muiden vaikutusten ennakkoarviointiin. Lakiluonnoksen taloudellisten vaikutusten arviointi yksiselitteisesti ja luotettavasti on siten melko mahdotonta ja sisältää useita varauksia.

Lakiluonnoksen mukaan maakunta veloitetaan järjestämään sosiaali- ja terveyspalvelut maakunnan väestön tarpeiden edellyttämällä tavalla. Perustettavat maakunnat poikkeavat toiminnan käynnistyessä merkittävästi toisistaan niin maantieteelliseltä kooltaan kuin väestömäärältään, ja maakuntien välillä on merkittäviä eroja sekä sosiaali- ja terveysmenoissa että väestön palvelujen tarpeessa (liite 2, kuvat 1 ja 2).

Uudistuksen myötä maakuntien tulolähteinä ovat valtion rahoitus ja asiakasmaksut. Verotusoikeuden puuttuminen rajoittaa maakunnan rahoituksen autonomiaa. Ilman verotusoikeutta maakunta ei voi ottaa huomioon sellaisia alueellisia eroja sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksessa, joita laissa määritellyt tarvetekijät eivät tunnista. Toisaalta rahoitusjärjestelmä luo valtiolle hyvät edellytykset pitää kokonaisveroaste hallinnassa hallituksen linjausten mukaisesti. Valtion rahoitukselle on uudistuksessa esitetty siirtymäaikaa. Valtion rahoituksen siirtymäajan säännökset ovat perusteltuja, mutta

liian lyhyt siirtymäaika saattaa johtaa maakunnat nopeasti rahoitusvaikeuksiin ja liian pitkä sopeutusaika saattaa ylläpitää tarpeettoman korkeaa kustannustasoa.

Nykyjärjestelmässä jokainen kunta on saanut yleiskatteista peruspalvelujen valtionosuutta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon kuntakohtaisissa laskennallisissa kustannuksissa on otettu huomioon mm. kunnan väestön ikärakenne ja sairastavuus. Hallituksen linjauksen mukaan kuntien ja valtion yhteinen rahoitusvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista lakkaa ja rahoitusvastuu siirtyy täysimääräisesti valtiolle. Palvelujen järjestämistäsi vastuun siirtyessä kunnilta maakunnille kuntien taloudesta poistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon menot, menojen rahoittamiseen tarvittavat kuntaverotuksen tuotot sekä palvelujen järjestämiseen tarkoitetut laskennalliset valtionosuudet. Niille kunnille, jotka ovat käyttäneet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen tarkoitettuja valtionosuuksia muiden lakisääteisten palvelujen järjestämiseen, voi tulla uudistuksen myötä vaikeuksia toteuttaa jäljelle jääviä lakisääteisiä palveluja.

Tavoiteltavien säästöjen ja oikeudenmukaisuuden saavuttaminen vaatii maakuntien väestön palvelutarpeiden ymmärtämistä ja valtion rahoituksen kohdentamista maakuntiin väestön tarpeiden mukaisesti. Alueellisten tarve-erojen huomioon ottaminen (tarveperusteinen kapitaatio) rahoituksessa on oleellista, jotta maakunnilla olisi yhtäläiset edellytykset järjestää väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Kannustimien näkökulmasta maakuntien kehysbudjetoinnissa oleellista on mahdollisen ylijäämän kohtalo. Mikäli maakunta voi pitää ainakin osan saavuttamastaan ylijäämästä itsellään, se voi kannustaa maakuntapäätäjää hillitsemään sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitystä. Toisaalta kannustimien puuttuessa kehysbudjetointi voi johtaa menojen kasvuun ja toistuviin vaatimuksiin lisärahoituksesta ja maakuntapäätäjät olettavat pehmeän (sitomattoman) budjettirajoitteen olevan voimassa.

Täyden valtionrahoituksen järjestelmässä menot pyrkivät kasvamaan, ellei järjestelmään liitetä uskottavaa menokattoa. Maakuntalakiluonnoksessa valtiovarainministeriölle annetaan mahdollisuus käynnistää arviointimenettely, jos maakuntakonsernin vuosikate (kriteeri 1) tai toiminnan ja investointien rahavirta (kriteeri 2) on kaksi tilikautta peräkkäin negatiivinen, tai vastaavasti jos maakuntakonsernin lainanhoitokatteen tunnusluku (kriteeri 3) on kaksi tilikautta peräkkäin alle yksi.

Historiallisen tarkastelun perusteella näyttää siltä, että maakuntalakiluonnoksessa esitetyt arviointimenettelyn käynnistävät raja-arvot ovat liian herkkiä (liite 2, taulukot 3–8). Esimerkiksi kriteeri 2 käynnistäisi arviointimenettelyn lähestulkoon kaikkien maakuntien kohdalla. Maakuntien arviointimenettelyn käynnistävät raja-arvot tulisi valita siten, että ne havaitsisivat vaikeaan taloudelliseen tilanteeseen ajautuvat maakunnat riittävän ajoissa, mutta antaisivat autonomian niille maakunnille, joiden taloudellinen tilanne ei tätä vaadi.

Historiatiedon valossa ei voida tarkastella kriteereiden aiheuttamia mahdollisia käyttäytymismuutoksia eikä niiden perusteella voida luonnollisesti arvioida sitä, miten kriteerit olisivat vaikuttaneet maakuntien toimintaan jos kriteerit olisivat olleet voimassa. Tarkastelun yhteydessä on myös syytä pitää mielessä, että viimeisen tilastovuoden (2014) jälkeen kuntalain taloutta koskevia säännöksiä on tiukennettu erityisesti alijäämän kattamisvelvoitteen osalta.

Uudistus voi hillitä sosiaali- ja terveysten kasvu, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen yhteensovittaminen onnistuu, järjestelmän johtaminen paranee, maakuntien saama rahoitus heijastaa oikein väestön palvelutarpeita ja maakunnille annetut kehysbudjetit pitävät.

Valtion rahoitusta koskeva poikkeussäännös loiventaa sote-menojen kasvu

Maakuntien rahoituslakiluonnoksessa valtion rahoituksen määräytymisperusteet tarkistettaisiin vuosittain ottamalla huomioon uusimmat tiedot toteutuneista kustannuksista. Maakuntien toteutuneet käyttökustannukset huomioitaisiin kuitenkin vain siihen asti, että niiden vuosittainen kasvu vastaisi enintään maakuntaindeksiin toteutunutta muutosta lisättynä 0,5 prosenttiyksiköllä. Ylittävät kustannukset huomioitaisiin vain, mikäli se olisi välttämätöntä peruspalveluiden saatavuuden turvaamiseksi tai kustannukset johtuvat maakunnan järjestämisvastuulla olevien tehtävien muutoksesta.

Rahoituslakiluonnoksen mukaan valtion rahoituksen tarkistus huomioidaan vuosina 2020–2021 siten, että käyttökustannusten vuosittainen kasvu on enintään maakuntaindeksiin toteutunut muutos lisättynä 1 prosenttiyksiköllä. Uuteen rahoitusjärjestelmään siirryttäessä on perusteltua antaa esitetty liikkumatila kustannuskehitykselle parantaen sopeutumisedellytyksiä heikentämättä kestävyysvajetavoitteen saavuttamista maakuntien rahoituksen määräytyessä muutoin puhtaasti maakuntaideksiin mukaisesti.

Maakuntaindeksi on määritelty maakunnan rahoituslain luonnoksen 2 § mukaisesti muodostuvan yleisen ansiotasoindeksiin, kuluttajahintaindeksiin ja maakuntatyönantajan sosiaaliturvamaksujen vuotuisista muutoksista. Maakuntaindeksiin laskemisesta säädetäisiin tarkemmin rahoituslain luonnoksen 23 § mukaisesti valtioneuvoston asetuksella. Maakuntien rahoituslain perusteluluonnoksessa maakuntaindeksi on ehdotettu muodostuvan siten, että se koostuu ansiotasoindeksistä (paino 45 %), kuluttajahintaindeksistä (paino 40 %) ja maakuntatyönantajan sosiaaliturvamaksujen muutoksesta (paino 15 %). Ansiotasoindeksi kuvaa palkansaajien säännöllisestä työajalta maksettavien ansioiden kehitystä. Siihen kuuluvat tulospalkkiot ja sopimuksiin perustuvat kertaerät (kuten esimerkiksi lomarahat). Oletettavaa on, että meneillään oleva kilpailukyky-sopimuksen täytäntöönpano tarkoittaisi ansiotasoindeksiin kehittyvän hyvin maltillisesti lähitulevaisuudessa. Näin myös Suomessa asuvien kotitalouksien Suomesta ostamien tavaroiden ja palveluiden hintakehitystä kuvaavan kuluttajahintaindeksiin on syytä olettaa kehittyvän maltillisena.

Valtion rahoitusta koskeva poikkeussäännös loiventaa todennäköisesti maakuntien käyttökustannusten reaalikasvun 1 prosenttiin edesauttaen tavoitellun sote-kustannuskehityksen tason saavuttamista jo pykälän voimassaoloaikana 2020–2021. Maakuntien rahoituslaissa ehdotettu valtion rahoituksen tarkistusmenettely antaa mahdollisuudet ylläpitää saavutettua kustannuskehitystä ja näin edesauttaa kestävyysvajetavoitteen saavuttamisessa.

Lakiluonnos ei perustele ja jättää siten epäselväksi, miksi maakuntaindeksi muodostetaan mainitulla tavalla ja painoilla. On todennäköistä, että valittu indeksi ei kuvaa todellista sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitystä. Kustannusten sitominen sellaiseen hintaindeksiin, joka ei kuvaa tarkastelun kohteena olevaan palvelua, voi johtaa alimitoitettuihin palveluihin tai alijäämäisiin budjetteihin. Luonnollisempaa olisikin käyttää maakuntien käyttökustannusten indeksinä sosiaali- ja terveystoimen hintaindeksiä tai sosiaalitoimen ja terveydenhuollon hintaindeksejä. Valittu indeksi ei anna todellista kuvaa maakuntien sote-menojen kehityksestä, vaan antaa lähinnä edellytykset tavoitella hallituksen linjaamia sosiaali- ja terveydenhuollon säästötavoitteita.

Päätöksenteon ja johtamisen keskittäminen voi parantaa toiminnan taloudellisuutta

Uudistuksen yksi keskeinen tavoite on sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvun hillitseminen. Hallituksen linjauksen mukaan erikoissairaanhoidon tulee olemaan yhden päätöksenteon ja johdon alaisena. Tässä mielessä HUS:n toteuttama erikoissairaanhoidon johtamisen ja tuotannon keskittämisen mahdollisia taloudellisia vaikutuksia voidaan tarkastella järjestämislakiluonnosta vasten.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit sekä Helsingin yliopistollinen keskussairaala yhdistettiin vuonna 2000. Yhdistämisen myötä päätöksenteko ja johtaminen keskitettiin alueella yhden johdon alaisuuteen. HUS:n yhdistämisen myötä alueen sairaaloiden toiminta sulautettiin osaksi koko sairaanhoitopiirin toimintaa, jota johdetaan HUS:n keskushallinnosta.

HUS:ssa erikoissairaanhoidon menokehitystä on saatu hidastettua aiempaan toimintamalliin ja vertailualueisiin suhteutettuna (trendi) noin 0,4 prosenttiyksikköä vuodessa. Tämä on mahdollisesti hidastanut koko sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenojen kasvuvauhtia HUS:n alueella noin prosenttiyksikön vuodessa (liite 2, kuviot 3–5 ja taulukot 1–2). Vuoden 2014 kustannustasossa tämä olisi tarkoittanut koko maan tasolle yleistettynä noin 200 miljoonaa euroa pienempiä sosiaali- ja terveydenhuollon menoja vuodessa.

Hallituksen linjausten mukaan kalliit erikoistumista vaativat palvelut (ml. laaja ympärivuorokautinen päivystys) kootaan valtakunnallisesti tai alueellisesti viiden yliopistosairaalam maakunnan ja seitsemän muun laajaa ympärivuorokautista päivystystä tarjoavan maakunnan toteutettavaksi. THL:n EuroHope ja Perfect-hankkeissa on tutkittu akuuttia erikoissairaanhoidon vaativien tautien hoitotuloksia ja kustannuksia. Tulosten mukaan hoidon keskittämisellä voidaan saavuttaa kustannussäästöjä (Häkkinen ym. 2015). Kustannussäästöjen suuruutta on kuitenkin vaikea arvioida luotettavasti.

Arvioiden perusteella näyttää ilmeiseltä, että järjestämislakiluonnoksen mukaisesti syntyvällä uudella sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallilla ei yksistään saavuteta hallituksen linjaamaa 3 miljardin euron säästötavoitetta. Toiminnan tehostamisen tai teknologisten innovaatioiden myötä ei todennäköisesti saavuteta välittömiä mittavia kustannussäästöjä. Hallituksen linjaamien julkisen talouden säästöjen näkökulmas-

ta rahoitusperiaate rajaa mahdollisuudet rakentaa pitävää kustannusten hillitsemismekanismia. Mikäli merkittäviä julkisen talouden kustannussäästöjä halutaan saavuttaa, se todennäköisesti tulee edellyttämään julkisen rahoituksen piiriin kuuluvien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden rajoittamista tai asiakasmaksujen merkittävää korottamista.

Lakiluonnoksessa hahmoteltu sosiaali- ja terveydenhuollon uusi toimintamalli tarjonnee kuitenkin nykyistä paremmat edellytykset ja välineet toteuttaa taloudellisesti merkittäviä rakenteellisia uudistuksia, kuten erityisen vaativan hoidon keskittämisen ja palveluverkon järjestyttämisen. Useat uudistuksen yksityiskohdat ovat kuitenkin vielä avoinna (mm. valinnanvapausjärjestelmä ja siihen läheisesti kytkeytyvät tuottajien korvausperusteet), jonka vuoksi uudistuksen vaikutuksia valtiontalouteen on vaikea arvioida.

10 Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely

Kunnat riippuvaisiksi maakuntien tiedonkeruusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä

Tietoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä tulee kerätä, raportoida ja sitä tulee käyttää kuntien päätöksenteossa. Lakiluonnoksen mukaan kunnat tulevat riippuvaiseksi maakunnilta saamastaan palvelujärjestelmää koskevasta tiedosta, sillä kunnilla ei ole uudistuksen jälkeen pääsyä palvelujen tuotantotietoihin. Maakuntien tehtävänä on auttaa kuntia, mutta maakuntien tiedonhallintakyvykkyys voi vaihdella ja erot heijastuvat suoraan alueen kuntien mahdollisuuksiin hyödyntää tietoa päätöksenteossa. Pienemmissä kunnissa omat voimavarat valmistella tietopohjaa kunnan päätöksentekijöille voivat jäädä vähäiseksi.

Yhdenvertaisten ja kustannusvaikuttavien palvelujen varmistamisessa tarvittava tietohallinto on lakiluonnoksen pohjalta mahdollinen, mutta ei synny ilman tiedonhallinnan kyvykkyyttä. Asetelma edellyttää palveluntuottajien tietojärjestelmistä erillisiä omia tietojärjestelmiä tietojen käsittelyyn

Yhteen toimivat tietojärjestelmät ovat keino varmistaa yhdenvertaisuus ja palvelujärjestelmän vaikuttavuus. Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen tuo potilas- ja asiakas-tietojen käsittelyyn ja toiminnanohjauksessa tarvittavan tiedon käsittelyyn uuden asetelman. Nykyisin terveyskeskukset, sosiaalitoimistot ja sairaanhoitopiirit hallinnoivat itse näitä tietoja omissa tietojärjestelmissään. Uudessa palvelurakenteessa järjestäjällä ei enää ole vastaavalla tavalla suoraan omassa käytössään sitä dataa, joka syntyy ja jota hallitaan asiakasprosesseissa. Pelkkä rekisterinpidon vastuuttaminen maakunnille ei synnytä sellaista maakunnallista tietojärjestelmäratkaisua, jolla varmistetaan, että järjestäjällä on käytössään tarvittava tieto palvelujärjestelmän vaikuttavuuden ja tavoitteiden seurantaan. Lakiluonnos viittaa maakunnalle annettavien tehtävien perusteella siihen, että maakunnilla oletetaan olevan omaa tiedonhallintakapasiteettia ja oma tietovarasto. Lakiluonnos ei sisällä kuvausta siitä, miten, arkkitehtuuri- eli tietojenkäsittelymielessä, maakunta järjestäjänä ja omana oikeushenkilönään hallinnoisi ja käsittelee eri palveluntuottajien tuotannossa syntyvää tietoa.

Palveluprosesseissa on mahdollista liikuttaa tietoa organisaatioista toiseen vain jos tietojärjestelmät ovat yhteentoimivia. Viranomaisilla on oikeus toimivaltasäännösten nojalla ohjata tietojärjestelmien yhteentoimivuutta, kun sosiaali- ja terveydenhuollon

organisaatiot liittävät omia tietojärjestelmiään kansalliseen Kanta-järjestelmään. Lakiluonnoksen pohjalta on vaikea päätellä, mikä taho antaa tietojärjestelmien yhteentoimivuusvelvoitteet ja miten ne annetaan siinä aluearkkitehtuurissa, jossa maakunnan järjestämisvastuulla olevien palvelujen tuottajat joutuvat monituottajamallissa vaihtamaan tietoja keskenään ja järjestäjän kanssa. Tiedonkäsittely ja tietojärjestelmiin liittyvät käytännön ratkaisut voivat muodostua erityisen hankaliksi maakunnille, joiden palvelutuotannosta merkittävä osa tuotetaan muissa maakunnissa.

Arkkitehtuurissa jää myös hahmottumatta miten maakunta käytännössä saa tietoonsa sen, millaisia asiakirjoja sen rekisterinpitovastuun alla on ja miten se hoitaa niihin liittyviä rekisterinhallinnon toimia kun sillä ei ole asiakas- ja potilasasiakirjaliikenteessä suoraan kosketusta asiakirjoihin, jotka kulkevat palveluntuottajilta Kanta-järjestelmään. Maakunnalla on tehtäviä joiden hoitamiseksi tarvitaan yksilötason tietoja, mutta se on eri tehtävä kuin asiakirjojen hallinnollinen käsittely ja arkistointi. Lakiluonnoksen mukaan maakunnasta erillinen oikeustoimihenkilö, maakunnan palvelulaitos, valmistelee ja tekee sopimukset palveluntuottajien kanssa. Nämä sopimukset ovat mekanismi ohjata palveluntuottajia. Mallin mukaan palvelulaitos on ainoa tunnistettu mekanismi, joka välittää rekisterinpitoon liittyviä asiakastietolain mukaisia hallintoasioita rekisterinpitäjän ja tuottajan välillä. Tämä on uusi hallinnollinen väliporras, jollaista nykyjärjestelmässä ei ole.

Kustannustehokkuuden kehitys todentuu vasta muutosvaiheen jälkeen

Yhteistyöalueilla maakunnat voivat yhdessä sopia huolehtia tietohallintoyhteistyöstä ja alueellisista ratkaisuista niiden palveluntuottajien kesken, jotka tuottavat maakuntakonserneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tietojärjestelmien yhteinen ylläpito ja jatkokehittäminen on käytännön toimijoiden keskuudessa arvioitu kustannustehokkaammaksi kuin erikseen toimiminen. Yksityisten palveluntuottajien asema palvelurakenteessa on uusi, ja maakuntien toimivaltakysymysten tarkastelu suhteessa niiden tietohallintoon on vielä kesken. Voidaan kuitenkin arvioida, että muutos ei helpota tietojärjestelmien yhteensovittamistyötä.

Valtakunnallisten terveydenhuollon tietoteknologiakartoitusten seurantatiedot eivät tuo esiin alueellisesti yhteisten tietojärjestelmäratkaisujen kustannustehokkuutta. Toistaiseksi aluetietojärjestelmä uudistukset eivät näyttäytyä muita ratkaisuja edullisempina, mutta asian selvittelyä on syytä jatkaa. Uudistuksen alkuvuosina tarvitaan joka tapauksessa kustannuksia lisäävää tietojärjestelmien uudistamista. Muutostyövaihe kestää arviolta 10–15 vuotta. Arviointiaineiston perusteella ei ole mahdollista arvioida, tuleeko muutoksen jälkeinen ICT:n käyttö ja investoiminen nykytilannetta edullisemmaksi.

Tietojärjestelmien integraatioedellytykset jäävät vielä avoimeksi

Lakiluonnos ei sellaisenaan luo sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon tietojärjestelmien integraatiota, mutta ei sitä myöskään estä. Mikäli merkittävä osa palveluista tuotetaan alihankintana, toisen maakunnan tai yksityisten yhtiöiden toimesta, voivat integraatiomahdollisuudet heiketä nykyisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen integraatiota, jossa muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tietosisältö, ei synny määrittelemällä rekisterinpitäjävastuu yhdelle organisaatiolle, jos mikään laki ei integroi sosiaali- ja terveyspalveluja palvelujen tasolla. Palvelutuotanto hajautuu monituottajamalliksi. Integroiduissa palveluprosesseissa tarvittava tieto on tällöin lukuisten toimijoiden omissa tietojärjestelmissä. Ratkaisussa tukeudutaan vahvasti siihen, että yhteinen tieto löytyy Kanta-palvelujen kautta. Prosessitietoa, joka on palveluprosesseissa oleellista, ei Kanta-palveluun kuitenkaan tallenneta.

Vielä ei voida hahmottaa mille hallinnolliselle ja juridiselle pohjalle uusien maakuntien monituottajakokonaisuuden aluearkkitehtuurit rakentuvat. Lisäksi on tärkeä huomata, että lakiesitys velvoittaa järjestämisen piiriin tulevia palveluntuottajia tallentamaan potilas- ja asiakastiedot Kantaan. Käytännössä tämä on pienille toimijoille terveydenhuollossa ja erityisesti sosiaalihuollossa siirtymävaiheessa pitkään haaste, koska niillä ei tule olemaan edellytyksiä, eikä lakivelvoitteita, Kanta-tallennukseen uuden järjestelmän alkuvuosina. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien uudistaminen vie aikaa ja aiheuttaa kustannuksia. Nykyisillä sosiaali- ja terveydenhuoltoa maakunnallisesti toteuttavilla alueilla, kuten Eksotessa, on kokemuksia siitä miten sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhdistäminen hyödyttää palveluprosesseja. Näitä kokemuksia ei voi kuitenkaan soveltaa toimintamalliin, jossa viranomaistuottajat ja muut palveluntuottajat on eriytetty.

Lakiluonnos osin vahvistaa valtion toimivaltaa ICT-järjestelmiin liittyvässä ohjauksessa ja samalla tuo valtiolle vastuuta tietojärjestelmien toimivuudesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ovat palveluntuottajien työvälineitä ja ne ovat niiden hallinnassa. Tietojärjestelmiä on myös kehitetty palveluntuottajien tarpeista lähtien. Mahdollisuus tietojärjestelmien maakunnalliseen ja maakuntien yhteiseen kehittämiseen vahvistuu niissä maakuntakonsernien toiminnossa, joissa palvelutuotanto ei tapahdu markkinoilla. Tilanne on monimutkaisempi markkinoilla toimivien yhtiöiden tuottamien palvelujen osalta.

Suomessa on Kanta-järjestelmään liittyttäessä otettu käyttöön lakisääteinen toimintamalli, jossa kansalliseen tietojärjestelmäpalveluun liittyjältä edellytetään järjestelmän yhteentoimivuutta kansallisen järjestelmän kanssa. Tämä valtiollinen ohjaus on vakiintunut tilanteessa, jossa palveluntuottaja liittyy kansallisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Tilanne on erilainen, kun on kyse alueellisista tietojärjestelmistä. Alueella toimivien palveluntuottajien tietojärjestelmät ovat maakuntien järjestämän palvelutuotannon ohjauksen ja tietojohdamisen kannalta oleellisia järjestelmiä. Haastatteluissa on nous-

sut esiin, että alueiden toimijat epäilevät keskushallinnon kykyä luoda maakuntiin niiden olosuhteisiin optimaalisesti sopivia ratkaisuja. Yksityisten, mahdollisesta valinnanvapauden piiriin tulosta kiinnostuneiden palveluntuottajien näkemyksiä tästä asiasta ei ole arvioinnin tässä vaiheessa vielä selvitetty, mutta yleishaastatteluissa nämäkin toimijat pitivät tietojärjestelmien yhteentoimivuutta tärkeänä.

Jos maakunta, tai maakunnat yhdessä, esittää valtioneuvostoa hyväksymään suuret ICT-hankkeet, jää esittelijävastuu, myös poliittinen, maakunnille. Menettely vaikuttaa perustellulta, kun rahoitus on valtionrahoitusta. Lakiesitys mahdollistaa myös, että valtioneuvosto voi sosiaali- ja terveysministeriön tai valtionvarainministeriön esittelystä määrätä maakuntaa ottamaan käyttöön sellaisia maakunnan oman toiminnan tietojärjestelmiä, joihin maakunta ei ole esittelijänä sitoutunut. Tuolloin vastuu tietojärjestelmien asianmukaisuudesta ja mahdollisista hankaluuksistaakin on ministeriöillä esittelijänä ja vastuu poliittisesta päätöksestä maan hallituksella.

Tiedonhallinta tekee uudenlaisen tietojohdamisen mahdolliseksi, mutta se ei synny itsestään

Lakiluonnoksessa on huomioitu, että kussakin päätöksenteon hallinnollisessa kohdassa tulee olla käytössä tarvittava tietopohja. Tämä on palvelujärjestelmän toimintaan systemaattisesti istutettuna uutta ja näyttää mahdollisuudelta kehittää kansallista tietojohdamista. Lakiluonnoksessa esitetään, että siinä mainitut tiedot tulee ottaa päätöksenteossa huomioon. Tämä ei kuitenkaan yksin luo tietojohdamisen järjestelmää. Toimijoiden roolit tarvittavan tiedon keräämisessä, käsittelyssä, jakamisessa ja raportoinnissa ovat mukana lakiluonnoksessa yleisellä tasolla. Käytännön toteuttaminen tulee toimeenpanovaiheessa sisältämään paljon työtä ja edellyttää uudenlaisia toimintaprosesseja, joille lakiluonnos kuitenkin antaa pohjaa.

Tietojen julkisesta raportoinnista valinnanvapauden ja kansalaisdemokratian näkökulmasta ei ole vaatimuksia. Poikkeuksena on terveys- ja hyvinvointikertomus ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemä vuosiselvitys. Useat hallintomallin tuotoksena syntyvät dokumentit ovat luonteeltaan julkisia viranomaisdokumenteja. Asiakkaiden tarvitsemasta tiedosta valinnanvapaaustilanteessa säädettäneen toisessa lainsäädännössä.

Päätöksenteossa tarvittavan tietosisällön käsitteet vaihtelevat lakiluonnoksen eri kohdissa siten, että mittareiden rakentaminen niiden pohjalta on vaikeaa. Käsitteistö on kuitenkin aiemmin arvioituun lakiversioon verrattuna osin selkiytynyt. Käsitteet ovat lakitekstissä tekstin luonteen vuoksi vasta ylätasoinen otsikoita kuten ”hyvinvointi”, ”terveys” ja ”palvelujen saatavuus”, eikä seurannan kiinnittäminen lailla mittaritasolle olisi-kaan seurantajärjestelmän kehittymistä edistävää. Laissa esitetty uusi kansallisen tietojohdamisen rakenne tulee edellyttämään yhteisesti sovittuja mittareita, joiden merkitys on ohjausjärjestelmässä konkreettinen tavalla, jollaista ei juuri ole aiemmin Suomessa ollut. Tämä tulee asettamaan aivan uusia vaatimuksia tiedon kirjaamiselle, keräämiselle, raportoinnille ja hyödyntämiselle. Järjestämislaki yksin ei takaa sitä, että kaikilla toimijoilla on käytettävissään tietojohdamisessa tarvittavaa dataa sopivassa muodossa omaa päätöksentekoaan varten.

11 Palvelujärjestelmän ja -rakenteen kansallinen ja alueellinen ohjattavuus

Järjestämislakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen keskeisiä elementtejä ovat valtioneuvoston vahvistamat valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle sekä niitä tarvittaessa täydentävät maakuntakohtaiset strategiset tavoitteet, yhteistyöalueiden maakuntien tekemät yhteistyösopimukset sekä näiden sopimusten arviointi sosiaali- ja terveysministeriössä ja valtioneuvostossa. Maakuntia ohjataan valtion ja maakuntien välisillä kahdella neuvottelumenettelyllä. Toisessa käsitellään yleisemmin maakuntien toimintaa palvelurakenteen kehittämiseksi ja valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista sekä taloutta. Toinen kokonaisuus koostuu sosiaali- ja terveysministeriön johdolla käytävistä neuvotteluista, joilla ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa palvelujen saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden takaamiseksi. Lakiluonnoksessa palveluntuottajia ohjataan maakuntien ja tuottajien välisten sopimusten avulla sekä laissa mainituilla velvoitteilla toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettuja valtakunnallisia ja maakunnallisia tavoitteita. Lisäksi palveluntuottajien ohjaamista koskevassa säännöksessä veloitetaan maakunnat huolehtimaan siitä, että tuottajat käyttävät toimintansa suunnittelussa ja johtamisessa toiminnan laatua, vaikuttavuutta, kustannuksia ja palvelujen yhteensovittamista koskevia alueellisia ja valtakunnallisia tietoja. Ohjausjärjestelmää on kuitenkin kokonaisuutena vaikea arvioida, koska erityisesti tuottajien ohjauksesta merkittävä osa riippuu siitä, millaiseksi suunniteltu vallinnanvapausjärjestelmä muodostuu.

Aiempaa suuremmat järjestäjätahot ja suora valtionrahoitus vahvistavat järjestelmän ohjattavuutta

Ohjauksen vaikuttavuus riippuu keskeisesti siitä, missä määrin muodostettavilla maakunnilla on edellytyksiä seurata, kehittää ja ohjata alueensa palvelutuotantoa kansallisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Voidaan olettaa, että uudistusehdotuksen mukainen järjestämisvastuun kokoaminen aiempaa suuremmille järjestäjätahoille vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjattavuutta. Maakunnilla on oletettavasti nykyisiä kuntia paremmat mahdollisuudet taata palvelutuotannon ohjauksen edellyttämät voimavarat. Maakuntien suora valtionrahoitus puolestaan vahvistaa kansallista ohjausta.

Heterogeeninen maakuntarakenne, tuotantorakenteen hajautuminen ja kompleksiset ohjausmekanismit saattavat heikentää ohjauksen vaikuttavuutta

Heikkoutena järjestämisrakenteessa on, että osa muodostuvista maakunnista jää väestöpohjaltaan pieniksi. Lakiluonnoksessa järjestämisrakenteen hajanaisuutta pyritään kompensoimaan muun muassa kansallisia tavoitteita tarkentavilla, maakuntia koskevilla valtioneuvoston linjauksilla, entistä tiiviimmällä seurannalla ja arvioinnilla, yhteistyöalueiden koordinaatiotehtävillä ja yhteistyösopimusten ja palvelulupauksien muotoilulla sekä vaativien palvelujen keskittämisellä. Nämä erilaiset ohjausmekanismit lisäävät monitahoisuutta, mikä voi heikentää ohjauksen koordinoitavuutta ja vaikuttavuutta.

Muun muassa lakiluonnokseen sisältyvien neuvottelu- ja arviointimenettelyjen monipolvisuudesta johtuvat epäselvyydet järjestämisvastuun ja päätösvallan jakautumisessa voivat vaikeuttaa ohjausta. Tavoitteena oleva tuotantorakenteen monipuolistaminen saattaa johtaa siihen, ettei tuotantorakennetta pystytä kehittämään kokonaisuuden kannalta optimaaliseen ja kustannusvaikuttavaan suuntaan.

Maakuntia sitova valtioneuvoston ohjaus on järjestelmän rakenteen takia perusteltua, mutta sen kriteereitä on tarpeen selkeyttää

Lakiluonnokseen sisältyvään sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmään kuuluu maakuntiin kohdistuva valtioneuvoston sitova ohjaus, jonka edellytykset jäävät kuitenkin epäselviksi. Valtioneuvosto voi velvoittaa maakuntaa tekemään muutoksia sosiaali- ja terveystalouden järjestelmäänsä, mikäli maakunnan palvelurakenne ei varmista palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja tuottavuutta, eikä korjaavista toimenpiteistä ole sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa tai valtion ja maakunnan välisessä neuvottelumenettelyssä. Tämän lisäksi valtioneuvosto voi tietäen edellytyksin tehdä sitovia päätöksiä myös laajakantoisista investoinneista ja tietojärjestelmäpalveluista. Valtioneuvosto voi myös päättää yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä, mikäli maakuntien yhteistyöalueet eivät saa solmittua yhteistyösopimusta, sopimus ei kata lain vaatimuksia tai maakuntien asukkaiden yhdenvertaisuus, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä laatu, vaikuttavuus ja tuottavuus vaarantuvat yhteistyöalueilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan varmistamiseksi on perusteltua, että osana kansallista ohjausta lainsäädäntö sisältää ns. perälautasäännöksiä, joilla mahdollistetaan se, että valtioneuvosto voi tehdä maakuntia sitovia ohjauspäätöksiä. Sitovien päätösten edellytyksenä olevat kriteerit ovat kuitenkin tulkinnanvaraisia ja saattavat olla vaikeasti sovellettavia. Lakiluonnoksessa olisikin tarpeen täsmentää niitä edellytyksiä, joiden valitessa valtioneuvosto voi tehdä maakuntia sitovia ohjauspäätöksiä.

Valtakunnalliset tavoitteet ohjauskeinona

Lakiluonnoksen mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset ja tarvittaessa kullekin maakunnalle lainsäädäntöä täydentävät strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Väestöä ja järjestelmää koskevien seurantatietojen ohella tavoitteissa otetaan huomioon valtioneuvoston asettamat julkisen talouden suunnitelmaan liittyvät finanssipoliittiset tavoitteet.

Strategiset tavoitteet muodostavat valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisen ohjauskeinon. Lakiluonnoksessa kuvattu tavoitteisto voidaan konkretisoida monin tavoin. Luonnoksen mukaan kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on laadittava sosiaali- ja terveysministeriölle yhteinen ehdotus siitä, miten alueen palvelut ja niiden kehittäminen sekä maakuntien välinen yhteistyö pitäisi ottaa huomioon valtakunnallisissa tavoitteissa. Yhteistyöalueen ehdotus on hyväksyttävä alueen maakuntien valtuustoissa. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista on seurattava ja arvioitava vuosittain ja päätöstä on tarvittaessa muutettava.

Jo nyt on mahdollista ennakoida, minkälaisia korjausehdotuksia ja muutosvaatimuksia maakunnat todennäköisesti tulevat tekemään. Mikäli järjestelmäratkaisu perustuu täyteen valtionrahoitukseen yhdistettynä maakunnalliseen järjestämisvastuuseen, tulee tämä tarkoittamaan sitä, että päätökset käytettävissä olevista resursseista tehdään kansallisella tasolla, mutta päätökset varojen käytöstä alueellisella tasolla maakunta- ja valtuustoissa. Jos maakunnan käyttöön kohdennetut rahat eivät näytä riittävän maakunnan määrittelemiін käyttötarpeisiin, kokonaisuutta koskevia päätöksiä verovarojen suhteuttamisesta toimintaan ei voida tehdä valtuustossa, vaan resurssivaatimukset palautuvat valtion kanssa käytäviin neuvotteluihin ja mahdollisesti myös eduskunnan käsittelyyn. Kiistat oikeudenmukaisista voimavarojen kohdentamisen periaatteista valtiolta maakunnille tulevat todennäköisesti olemaan keskeinen teema sosiaali- ja terveydenhuollosta käytävässä keskustelussa. Maakuntien suuri lukumäärä ja niiden alun perin hyvin erilaiset toimintaedellytykset saattavat kärjistää tilannetta.

Maakuntien mahdollisuus ohjata tuottajia jää heikoksi

Lakiluonnoksessa tuottajia veloitetaan noudattamaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiä velvoitteita, maakunnan palvelustrategiaa ja palvelulupausta sekä maakunnan määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja. Niiden on toteutettava palvelut asiakassuunnitelman mukaisesti sekä toimitettava maakunnalle palvelujen järjestämisen edellyttämät tiedot palvelujen toteutuksesta. Lisäksi maakunnat laativat palveluntuottajien kanssa sopimuksen, joka lakiluonnoksen mukaan maakunnan on tehtävä kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien kanssa. Sopimuksen edellytyksenä on palveluntuottajan sitoutuminen edellä mainittuihin velvoitteisiin. Sopimuksen sisältöä lakiluonnoksessa ei tarkemmin määritellä, mutta todetaan, että sopimuksessa määritellään tuottajien tuottamat palvelut ja niistä suoritettavat korvaukset. Koska lopullisia linjauksia valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisesta ei ole vielä tehty,

on vaikeaa arvioida, mikä merkitys tällaisilla sopimuksilla voisi olla ja mitkä ovat maakunnan mahdollisuudet ohjata tehokkaasti tuottajien toimintaa.

Hallituksen linjaukset korostavat erilaisten taloudellisten ohjausmekanismien merkitystä, mutta lakiluonnoksessa tuottajille maksettavia korvauksia ja niiden perusteita ei täsmennetä edellä mainittua maakuntien ja tuottajien välistä sopimusta lukuun ottamatta. Tuottajille maksettavien korvausten perusteiden yhdenmukaisuus maakuntien välillä ja korvausjärjestelmin liittyvien taloudellisten kannusteiden toimivuus on kuitenkin ehdottoman tärkeää järjestelmän toimivuuden kannalta. Korvausjärjestelmistä ja niiden suunnittelusta myös palvelujärjestelmän näkökulmasta tulisi säätää erillisellä lailla tai valtioneuvosten asetuksella.

Tilaajan ja tuottajan eriyttämiseen perustuvaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään sopimuksellinen ohjaaminen liittyisi luontevasti. Kansainvälisessä kirjallisuudessa puhutaan usein 'strategisesta ostamisesta' tai tilaamisesta, kun korostetaan palvelujen järjestäjän roolia palvelurakenteen ja palvelujen suunnitelmallisessa ohjaamisessa vastaamaan väestön palvelujen tarvetta. Lakiluonnoksesta maakunta hahmottuu strategisena tilaajana, mutta valinnanvapautta ja monituottajamallia koskevat linjaukset heikentävät maakunnan mahdollisuuksia ohjata palveluja. Maakunnalla on hyvät mahdollisuudet ohjata palvelulaitoksensa toimintaa, mutta ohjaus ei voi toimia yhtä hyvin suhteessa yksityisiin tai kolmannen sektorin palveluntuottajiin. Samanlainen epätasapaino ohjattavuudessa on lakiluonnoksessa mainittujen investointien ja tiedonhallinnan ohjauksessa. Riippuen tuottajien kanssa tehtävistä sopimuksista tiedonhallinnan yhteensopivuus voidaan kohtuudella taata, mutta yksityisten yritysten investointipäätöksiin on luultavasti laissa hahmotetulla tavalla vaikea puuttua, vaikka myös näillä investoinneilla vaikutetaan palvelurakenteeseen.

Seuranta ja arviointi ovat osa ohjausta

Ehdotettuun lainsäädäntöön liittyy aiempaa suurempi tarve seurata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta sekä tuotannon laatua ja kustannuksia osana alueellista ja kansallista ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikkö tarvitsee selkeän toimintamallin ja tehtävät sekä suunnitelman työnjaosta oman alaisen hallintonsa kanssa.

Asiantuntijaviranomaisena toimivalla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on hyvät tiedolliset edellytykset kehittää palvelujärjestelmän ohjausta tukevia seuranta- ja arviointimenettelyjä. Myös itse uudistuksen vaikutusten lyhyen ja pitkän aikavälin seurannalle ja arvioinnille on luotava yhtenäinen kansallinen pohja.

Kansainväliset kokemukset osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten toimeenpano on oma erillinen osaamisalueensa. Muissa maissa laajoja rakenneuudistuksia on säännönmukaisesti seurannut tarve pienempiin, uudistusten puutteita tai huonosti toimivia ratkaisuja korjaaviin muutoksiin. Nyt luonnostellun kokonaisvaltaisen uudistuksen arvioinnissa tullaan tarvitsemaan sekä laajaa tilastoseurantaa että tutki-

musta uudistuksen ja sen toimeenpanon onnistumisesta ja onnistumisen edellytyksistä. Uudistuksen laajuus huomioiden tehtävä on poikkeuksellisen suuri ja tulee vaatimaan merkittäviä tutkimus- ja kehittämisresursseja.

LÄHTEET

- Christensen, EW (2004) Economies of scale and scope in nursing homes: A quantile regression approach. *Health Economics* 13 (4), 363–377.
- Farsi, M – Filippini, M – Lunati, D (2008) Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's nursing homes. *Swiss Journal of Economics and Statistics*, 144 (3), 359–378
- Gaynor, M – Town, RJ (2012) Competition in health care markets. In: *Handbook of Health Economics*, Mark Pauly – Thomas McGuire – Pedro Barros, (eds.). Volume 2, 499–637. North-Holland, Amsterdam.
- Hagen, T – Kaarbøe, O (2006) The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy* 76 (3), 320–333.
- Häkkinen, U – Rosenqvist, G – Iversen, T – Rehnberg, C – Seppälä, T (2015) You have free access to this content Outcome, Use of Resources and Their Relationship in the Treatment of AMI, Stroke and Hip Fracture at European Hospitals. *Health Economics*, Vol.24 (S2) 116–139.
- Kooreman, P, (1994) Nursing home care in Netherlands: A nonparametric efficiency analysis. *Journal of Health Economics* 13 (3), 301–316.
- Magnussen, J – Hagen, T – Kaarbøe, O (2007) Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Health Policy* 64 (10), 2129–2137.
- Mason A, Goddard M, Weatherly H (2014) Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review. Centre for Health Economics, CHE Research Paper 97. University of York, England.
- Pekola, P – Linnosmaa, I – Mikkola, H (2016) Competition and quality in a physiotherapy market with fixed prices. *The European Journal of Health Economics*, Vol.18 (98), 1–21.

LIITE 1. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksianto

■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KIRJE

1(2)

07.12.2015

STM068:00/2015

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SOTE-UUDISTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINNISTA

Tausta:

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jatkovalmistelun pohjana on pääministeri Sipilän hallituksen ohjelma ja hallituksen 7.11.2015 päättämät linjaukset ja niihin perustuva uudistuksen jatkovalmistelu.

Arviointitehtävä:

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laatii alustavan arvion kyseessä olevien linjausten perusteella laadittavan hallituksen esitys-luonnoksen mukaisen mallin vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä asiakkaisiin ja ihmisiin. Arvioinnin perusteella laaditaan eduskunnalle annettavan hallituksen esityksen vaikutusarvio. Vaikutusarvio tulee tehdä tarvittavin osin yhteistyössä Valtion taloudellinen tutkimuskeskuksen (VATT) kanssa.

Arvioinnin kohteet:

Vaikutusarviossa pyritään mahdollisuuksien mukaan tarkastelemaan toteutettavan uudistuksen vaikutuksia seuraaviin asioihin:

- 1) palveluverkko ja palvelujen tuotanto
- 2) palvelujen integraation toteutuminen;
- 3) edellytykset turvata riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saatettavuus, ml. lähipalvelut;
- 4) uudistuksen vaikutukset asiakkaiden ja potilaiden asemaan sekä ihmisiin
- 5) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö ja ohjaustarpeet;
- 6) toteutettavan hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuus;
- 7) linjausten mukaisen rahoitusjärjestelmän toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa;
- 8) vaikutukset valtiontalouteen ja kuntatalouteen;
- 9) asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely; sekä
- 10) palvelujärjestelmän ja -rakenteen kansallinen ja alueellinen ohjattavuus.

Arvioinnissa tarkastellaan mahdollisuuksien mukaan sitä, missä määrin vaikutukset perustuvat ehdotettuun lainsäädäntöön ja missä määrin ne riippuvat sen toimeenpanosta.

Luonnos arvioinnista toimitetaan sosiaali- ja terveysministeriöön viimeistään 26.2.2016 siten että vaikutusarviointi voidaan sisällyttää lausunnonlehteen lähettävään hallituksen esitykseen. Lopullinen vaikutusarviointi, jossa on otettu huo-



2(2)

mioon lausuntokierroksen jälkeen esitykseen tehtävät muutokset, toimitetaan sosiaali- ja terveysministeriölle viimeistään 23.9.2016.

Vaikutustenarvioinnin yhdyshenkilöinä sosiaali- ja terveysministeriössä toimivat johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki ja johtaja Päivi Voutilainen.

Projektinjohtaja, alivaltiosihteeri

Tuomas Pöysti

Osastopäällikkö, ylijohtaja

Veli-Mikko Niemi

JAKELU

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos

TIEDOKSI

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen valmistelun virkamiesohjausryhmä ja projektiryhmä

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT
Tuulia Hakola-Uusitalo, valtiovarainministeriö



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KIRJE

1(1)

18.04.2016

STM068:00/2015

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Viite

**LIITE STM:N KIRJEESEEN SOTE-UUDISTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINNISTA
7.12.2015**

Tausta

Hallitus on sopinut reformiministerityöryhmän neuvottelujen ja valmistelun pohjalta sote-uudistusta tarkentavat linjaukset. Ne ohjaavat sote-järjestämisuudistuksen sekä valinnanvapaus- ja monikanavarahoitusuudistuksen lainvalmistelua.

Lisätoimeksianto

THL tarkentaa luonnostaan Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen väliarvioinnista 27.5.2016 mennessä siten, että arvioinnissa huomioidaan myös hallituksen 5.4.2016 tekemät linjaukset ja niiden vaikutukset.

alivaltiosihteeri, projektinjohtaja

Tuomas Pöysti

osastopäällikkö

Veli-Mikko Niemi

LIITTEET

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset 5.4.2016
Hallituksen sote- ja maakuntahallintolinjaukset 5.4.2016 esittelydiat
Hallituksen linjaus maakuntahallinnon tehtävät 5.4.2016
Luottamuksellinen luonnos sote-järjestämislaita 14.4.2016
Luottamuksellinen luonnos maakuntalaista 12.4.2016
Luottamuksellinen luonnos maakuntajakolaista 15.4.2016

JAKELU

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TIEDOKSI

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen valmistelun virkamiesohjausryhmä ja projektiryhmä

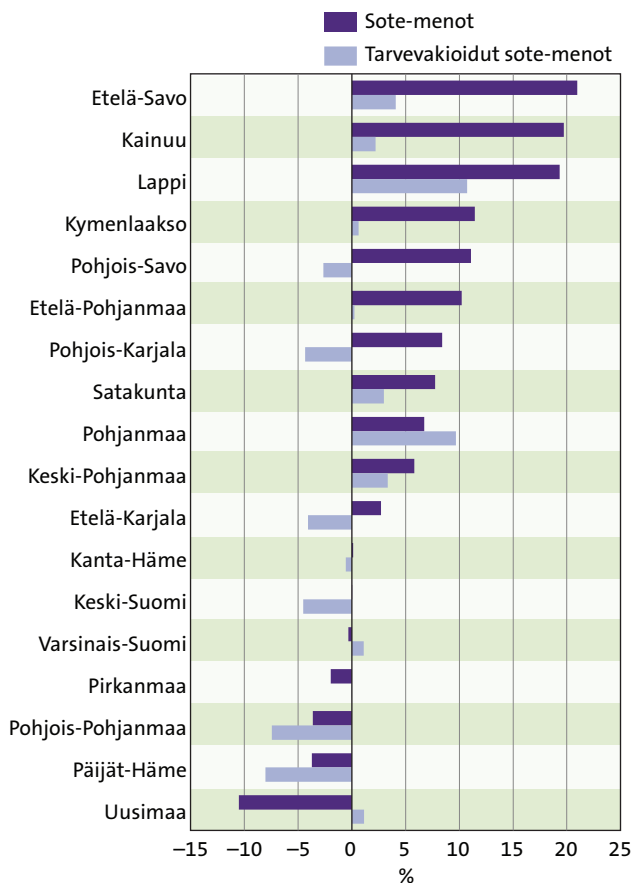
Meritullinkatu 8, Helsinki
PL 33, 00023 VALTIONEUVOSTO
www.stm.fi

Puhelin 0295 16001
Telekopio 09 6980 709

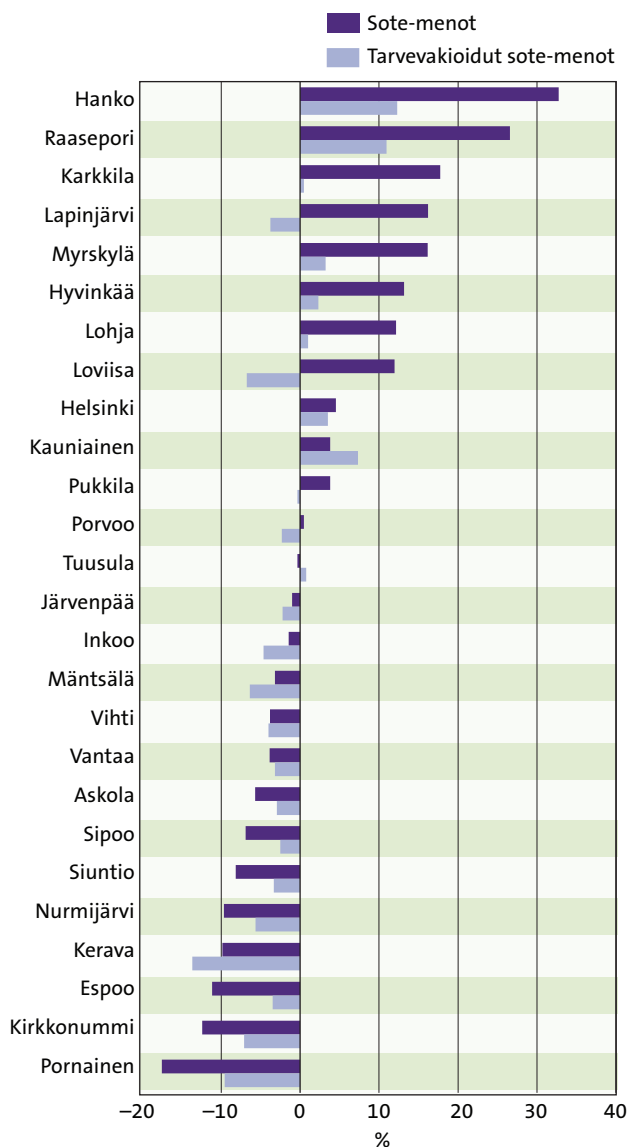
e-mail: kirjaamo@stm.fi
etunimi.sukunimi@stm.fi



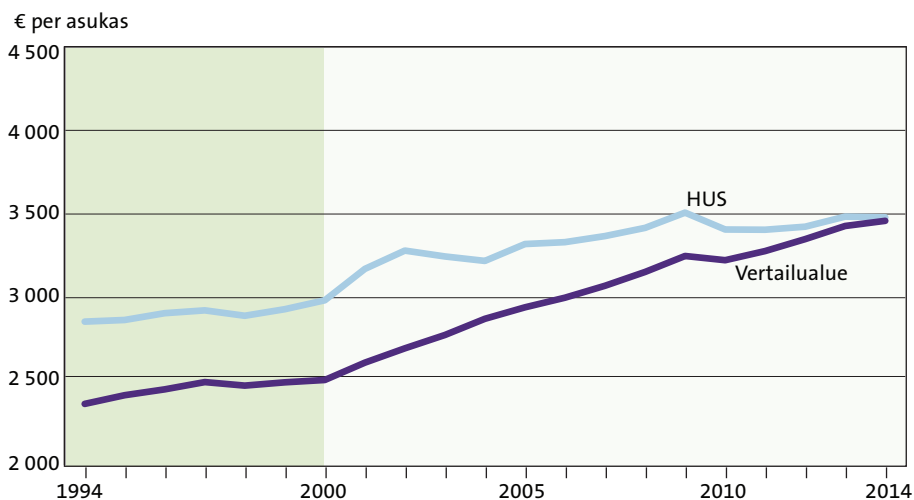
LIITE 2. Taloudellisten vaikutusten arviointi



KUVIO 1. Manner-Suomen maakuntien todellisten ja tarvevakioitujen sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokustannusten poikkeamat koko maan keskiarvosta vuonna 2014, (%).



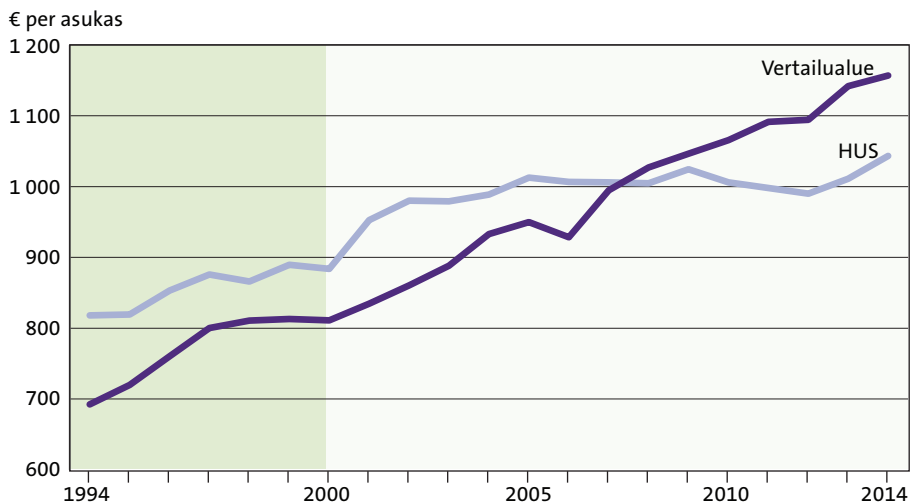
KUVIO 2. Uudenmaan kuntien todellisten ja tarvevakioitujen sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokustannusten poikkeamat maakunnan keskiarvosta vuonna 2014, (%).



KUVIO 3. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohti HUS:ssa ja sen vertailukunnissa vuosina 1994–2014 vuoden 2014 hinnoin (€).

TAULUKKO 1. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannusten trendikasvu ja keskimääräinen vuosikasvu ennen HUS:n muodostamista ja sen jälkeen (%)

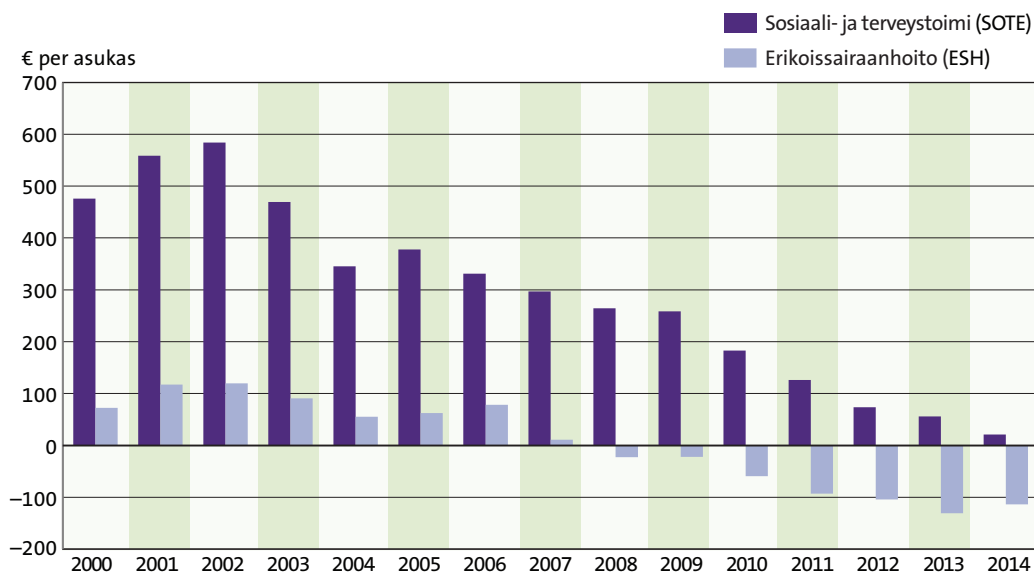
	Vuodet	HUS (%)	Vertailualue (%)
Trendikasvu, SOTE			
Ennen	1995–1999	0,5	0,8
Jälkeen	2000–2014	1,1	2,3
Keskimääräinen vuosikasvu			
Ennen	1995–1999	0,5	1,1
Jälkeen	2000–2014	1,2	2,2



KUVIO 4. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset asukasta kohti HUS:ssa ja sen vertailukunnissa vuosina 1994–2014 vuoden 2014 hinnoin (€).

TAULUKKO 2. Erikoissairaanhoidon nettokustannusten trendikasvu ja keskimääräinen vuosikasvu ennen HUS:n muodostamista ja sen jälkeen (%)

	Vuodet	HUS (%)	Vertailualue (%)
Trendikasvu			
Ennen	1995–1999	2,1	3,1
Jälkeen	2000–2014	1,2	2,6
Keskimääräinen vuosimuutos			
Ennen	1995–1999	1,7	3,3
Jälkeen	2000–2014	1,1	2,4



KUVIO 5. HUS:n ja vertailukuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä erikoissairaanhoidon nettokustannusten vuosierotus vuosina 2000–2014 vuoden 2012 hinnoin (€).

Taulukoiden (3–8) aineisto on otettu Tilastokeskuksen Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta, Kuntien tilinpäätökset -tilastosta. Itä-Uusimaa on yhdistetty Uudenmaan maakuntaan vuosina 2006–2010. Taulukoiden 3 ja 4 tapauksessa aineisto on otettu suoraan Kuntien tilinpäätökset -tilastosta. Taulukossa 5 maakuntien lainanhoitokate on laskettu maakuntalakiluonnoksen pykälässä 113 kuvatulla tavalla.¹

Taulukossa 3 on esitetty maakuntien tuloslaskelman vuosikate (1 000 €) vuosina 2006–2014. Taulukossa 4 on esitetty maakuntien toiminnan ja investointien rahavirta (1 000 €) vastaavina vuosina. Taulukoissa 3 ja 4 negatiiviset arvot on korostettu sinisellä värillä. Taulukossa 5 on puolestaan esitetty maakuntien lainanhoitokate vuosina 2006–2014. Mikäli maakunnan lainanhoitokate on pienempi kuin yksi, on kyseisen vuoden solu korostettu sinisellä värillä.

Taulukoissa 6 ja 7 on esitetty sinisellä värillä ne vuodet, joina kyseinen maakunta olisi joutunut tarkasteltavan kriteerin valossa arviointimenettelyyn vuosina 2008–2014. Sininen väri solussa tarkoittaa siis sitä, että esimerkiksi kriteerin 2 mukaan kyseisen maakunnan toiminnan ja investointien rahavirta on ollut negatiivinen kaksi edellistä tilikautta peräkkäin. Taulukossa 8 on esitetty sinisellä ne vuodet, joina kyseinen maakunta olisi joutunut arviointimenettelyyn kaikkien kriteereiden (kriteerit 1–3) voimassa ollessa vastaavina vuosina.

¹ Lainanhoitokate lasketaan siten, että tuloslaskelman vuosikatteeseen lisätään korkokulut ja saatu summa jaetaan vuosittaisilla lainanhoitokuluilla eli korkokuluilla ja lainanlyhennyksillä. Lainanlyhennyksiä on käytetty Kuntien tilinpäätökset -tilaston pitkäaikaisten lainojen vähennys muuttujaa.

TAULUKKO 3. Maakuntien tuloslaskelman vuosikate vuosina 2006–2014 (kriteeri 1), 1 000 €

Maakunta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uusimaa	833 050	948 473	818 658	625 329	883 579	1 014 196	756 532	922 139	833 793
Varsinais-Suomi	96 763	120 490	77 867	140 541	199 361	134 978	41 551	127 697	120 843
Satakunta	54 270	67 014	94 923	104 067	103 868	66 586	54 099	100 650	82 780
Kanta-Häme	23 065	38 923	17 159	28 648	48 216	32 561	28 777	58 274	52 516
Pirkanmaa	139 812	182 956	212 620	165 604	228 373	159 165	92 090	166 586	161 540
Päijät-Häme	62 622	64 141	70 872	71 791	78 153	75 659	51 272	35 986	91 424
Kymenlaakso	33 191	42 302	34 329	29 801	54 444	39 632	-953	43 907	31 868
Etelä-Karjala	20 872	29 986	30 387	25 583	48 532	40 182	31 395	53 982	49 928
Etelä-Savo	22 197	31 837	41 386	54 855	61 941	27 778	29 786	33 497	51 499
Pohjois-Savo	58 194	50 206	72 441	69 062	91 757	78 295	28 911	64 116	93 107
Pohjois-Karjala	46 008	39 451	40 300	46 859	64 541	44 948	17 785	53 330	76 694
Keski-Suomi	49 398	54 515	48 532	67 710	99 880	42 122	24 249	79 323	101 612
Etelä-Pohjanmaa	37 026	49 183	50 323	56 275	63 865	-985	9 337	18 750	40 627
Pohjanmaa	61 656	54 433	65 503	62 102	68 597	52 865	39 331	45 292	127 403
Keski-Pohjanmaa	16 580	22 457	31 032	28 767	26 395	16 044	9 748	28 209	37 890
Pohjois-Pohjanmaa	132 356	158 558	124 573	128 102	219 452	157 105	84 848	142 591	158 404
Kainuu	18 917	23 235	18 466	24 811	39 468	16 990	13 171	35 480	40 915
Lappi	11 121	37 306	67 603	65 310	84 872	56 351	27 480	52 693	42 583

TAULUKKO 4. Maakuntien toiminnan ja investointien rahavirta vuosina 2006–2014 (kriteeri 2), 1 000 €

Maakunta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uusimaa	701 324	-11 5912	-420 572	-548 358	1 132 049	-184954	-326 224	-136 166	126 188
Varsinais-Suomi	-119 761	-65 199	-140 537	-69 231	28 157	-47 377	-128 644	11 165	-15 141
Satakunta	98 333	-19 162	-2 657	16 937	-5 585	-53 885	-69 168	-23 106	-19 551
Kanta-Häme	-50 999	-47 134	-71 995	-37 067	416	-62 642	-39 302	-23 949	-21 796
Pirkanmaa	-67 459	-21 179	141 748	-85 257	717	-87 338	-197 827	-101 386	-183 353
Päijät-Häme	-8 628	-9 364	46 389	-12 858	-6 457	-17 445	-33 171	-71 980	-19 998
Kymenlaakso	-67 200	-43 450	-45 393	-4 881	-11 626	-33 992	-93 537	-19 597	-560
Etelä-Karjala	-21 464	7 139	-11 341	-18992	3 268	-26 849	-37 093	-13 293	1 391
Etelä-Savo	-20 828	-17 935	-14 771	-2 256	-2 885	-41 592	-35 216	-45 744	-4 851
Pohjois-Savo	-4 614	-48 382	-44 657	-20 509	-22 003	-24 116	-39 734	-66 910	34 581
Pohjois-Karjala	-15 222	-12 620	-24 994	-26 641	-9 203	-28 315	-48 165	-18 983	-9 528
Keski-Suomi	-36 680	-34 288	-44 736	20 533	-25 945	-118 658	-146 901	-115 334	-18 386
Etelä-Pohjanmaa	-25 588	-19 168	-21 393	-18 664	-11 804	12 666	-85 332	-64 316	-36 941
Pohjanmaa	-1 750	-15 765	-17 599	-21 679	-21 727	-76 797	-95 846	-75 790	19 700
Keski-Pohjanmaa	-9 663	-7 718	-2 807	-12 931	-15 277	-52 357	-42 343	-23 590	-16 305
Pohjois-Pohjanmaa	-47 793	32 387	-13 4325	-53 510	21 248	-63 736	-176 381	-151 988	105 740
Kainuu	-3 429	-1 837	-12 446	-2 936	8 327	-10 885	-41 041	75 412	17 145
Lappi	-39 191	-17 371	7 237	6 020	14 655	-10 384	-39 409	-21 369	-50 230

TAULUKKO 5. Maakuntien lainanhoitokate vuosina 2006–2014 (kriteeri 3)

Maakunta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uusimaa	3,06	3,07	2,81	2,16	2,77	2,49	2,11	1,96	1,43
Varsinais-Suomi	1,83	2,13	1,33	1,38	3,03	0,96	0,49	1,14	1,21
Satakunta	1,62	1,72	2,42	2,38	2,46	1,47	1,14	1,87	1,38
Kanta-Häme	0,78	1,07	0,57	0,66	0,94	0,61	0,39	0,81	0,59
Pirkanmaa	2,05	2,18	2,39	1,49	2,00	1,75	0,86	1,64	1,45
Päijät-Häme	1,99	1,42	1,29	1,20	1,25	1,53	1,12	0,76	1,08
Kymenlaakso	0,75	0,88	0,68	0,65	1,01	0,70	0,14	0,64	0,40
Etelä-Karjala	1,12	1,37	1,26	0,98	1,65	1,11	0,72	1,27	1,17
Etelä-Savo	0,72	0,76	0,95	0,95	1,08	0,65	0,63	0,64	0,90
Pohjois-Savo	1,85	1,40	1,86	1,47	1,75	1,47	0,50	1,05	1,26
Pohjois-Karjala	1,87	1,48	1,48	1,60	2,15	1,42	0,56	1,26	1,68
Keski-Suomi	0,99	0,84	0,91	1,01	1,80	0,75	0,53	1,31	1,40
Etelä-Pohjanmaa	1,05	1,22	1,13	1,12	1,34	0,14	0,32	0,37	0,48
Pohjanmaa	1,41	1,43	1,76	1,58	1,67	1,12	0,83	0,82	1,78
Keski-Pohjanmaa	0,57	0,92	1,20	1,02	0,72	0,60	0,34	0,72	0,87
Pohjois-Pohjanmaa	1,45	1,64	1,28	0,97	2,05	1,44	0,82	1,20	1,31
Kainuu	1,08	1,34	1,05	1,30	1,79	0,88	0,64	1,35	1,53
Lappi	0,34	0,80	1,30	1,22	1,54	1,13	0,62	1,00	0,79

TAULUKKO 6. Kriteerin 2 purevuus vuosina 2008–2014

Maakunta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uusimaa							
Varsinais-Suomi							
Satakunta							
Kanta-Häme							
Pirkanmaa							
Päijät-Häme							
Kymenlaakso							
Etelä-Karjala							
Etelä-Savo							
Pohjois-Savo							
Pohjois-Karjala							
Keski-Suomi							
Etelä-Pohjanmaa							
Pohjanmaa							
Keski-Pohjanmaa							
Pohjois-Pohjanmaa							
Kainuu							
Lappi							

TAULUKKO 7. Kriteerin 3 purevuus vuosina 2008–2014

Maakunta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uusimaa							
Varsinais-Suomi							
Satakunta							
Kanta-Häme							
Pirkanmaa							
Päijät-Häme							
Kymenlaakso							
Etelä-Karjala							
Etelä-Savo							
Pohjois-Savo							
Pohjois-Karjala							
Keski-Suomi							
Etelä-Pohjanmaa							
Pohjanmaa							
Keski-Pohjanmaa							
Pohjois-Pohjanmaa							
Kainuu							
Lappi							

TAULUKKO 8. Maakunnan talouteen liittyvän arviointimenettelyn purevuus (kriteerit 1, 2 ja 3 yhdessä) vuosina 2008–2014

Maakunta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uusimaa							
Varsinais-Suomi							
Satakunta							
Kanta-Häme							
Pirkanmaa							
Päijät-Häme							
Kymenlaakso							
Etelä-Karjala							
Etelä-Savo							
Pohjois-Savo							
Pohjois-Karjala							
Keski-Suomi							
Etelä-Pohjanmaa							
Pohjanmaa							
Keski-Pohjanmaa							
Pohjois-Pohjanmaa							
Kainuu							
Lappi							

LIITE 3. Palveluverkko ja palvelutuotanto

Tässä liitteessä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon ja palveluverkon nykytilaa, joka sisältää sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluntuottajat ja henkilöstön. Tiedot ovat pääosin maakuntakohtaisia, joitakin tietoja esitetään myös sairaanhoitopiireittäin. Tarkastelua on rajattu volyymiltaan tai sisällöltään merkityksellisiin sote-uudistuksessa huomioitaviin asioihin.

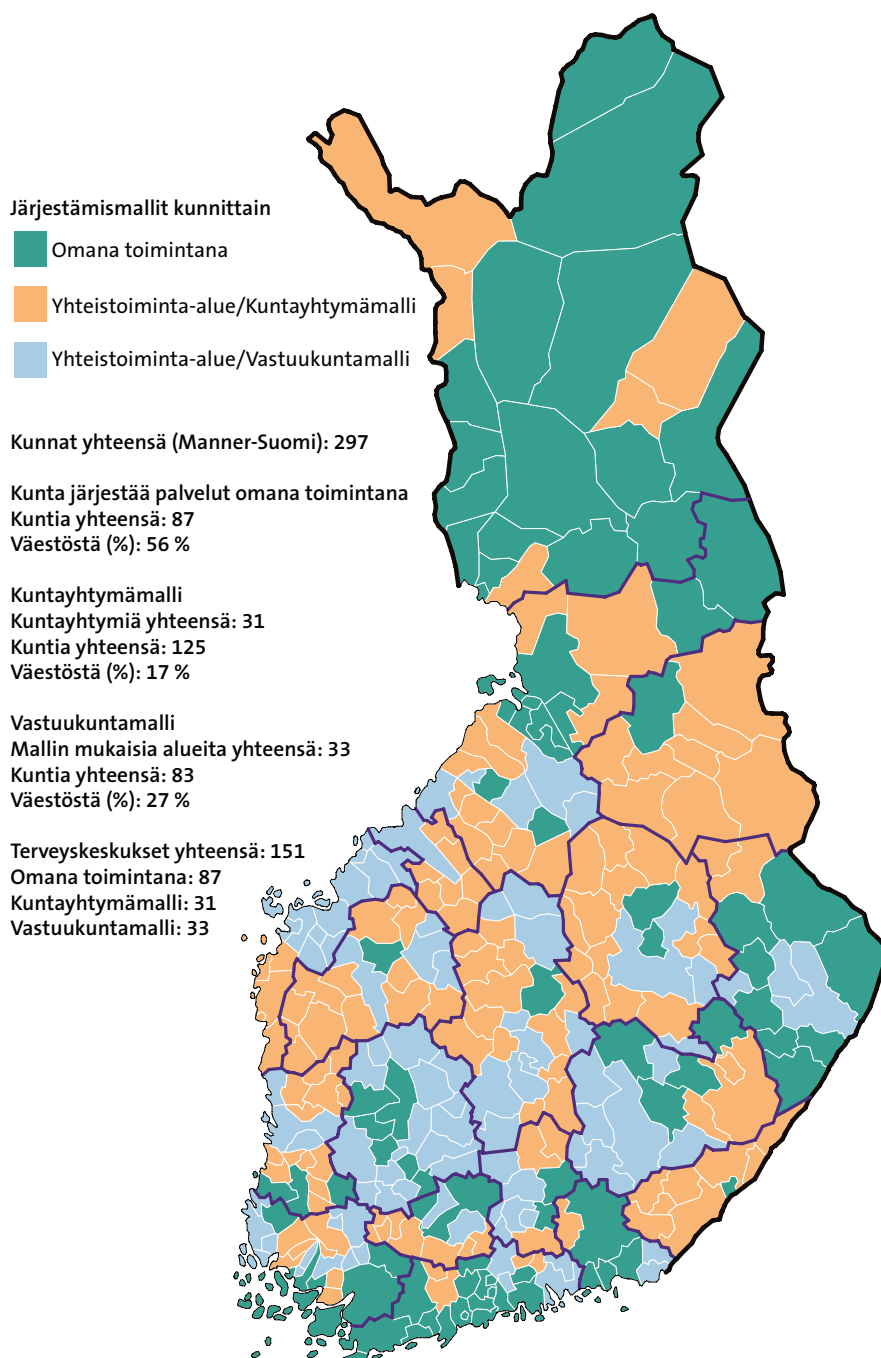
Sisältö

- 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen vuonna 2016
 - 2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon ja palvelutuotannon nykytila
 - 3 Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö
 - 4 Suurimmat rakennushankkeet/investointisuunnitelmat
-

1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen vuonna 2016

Suomessa kunnat ja kuntien väliset yhteistoiminta-alueet järjestävät perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Kunnilla on mahdollisuus siirtää järjestämisvastuu yhteistoiminta-alueille, jotka voivat toimia kuntayhtymä- tai vastuukuntamallilla. Terveyspalveluja tuotetaan Suomessa 151 terveyskeskuksessa ja lukuisilla terveyskeskuksiin kuuluvilla terveysasemilla, neuvoloissa ja muissa terveydenhuollon toimipisteissä. Sekä Alle 20 000 asukkaan väestöpohjan terveyskeskuksia on 75 ja yli 20 000 asukkaan väestöpohjan terveyskeskuksia on 76.

Manner-Suomessa on yhteensä 297 kuntaa, joissa toimi vuonna 2015 yhteensä 541 lääkärin vastaanottopistettä osana terveyskeskustoimintaa. Kuvion 1 kartassa on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kunta- ja maakuntakohtaisesti vuonna 2015.

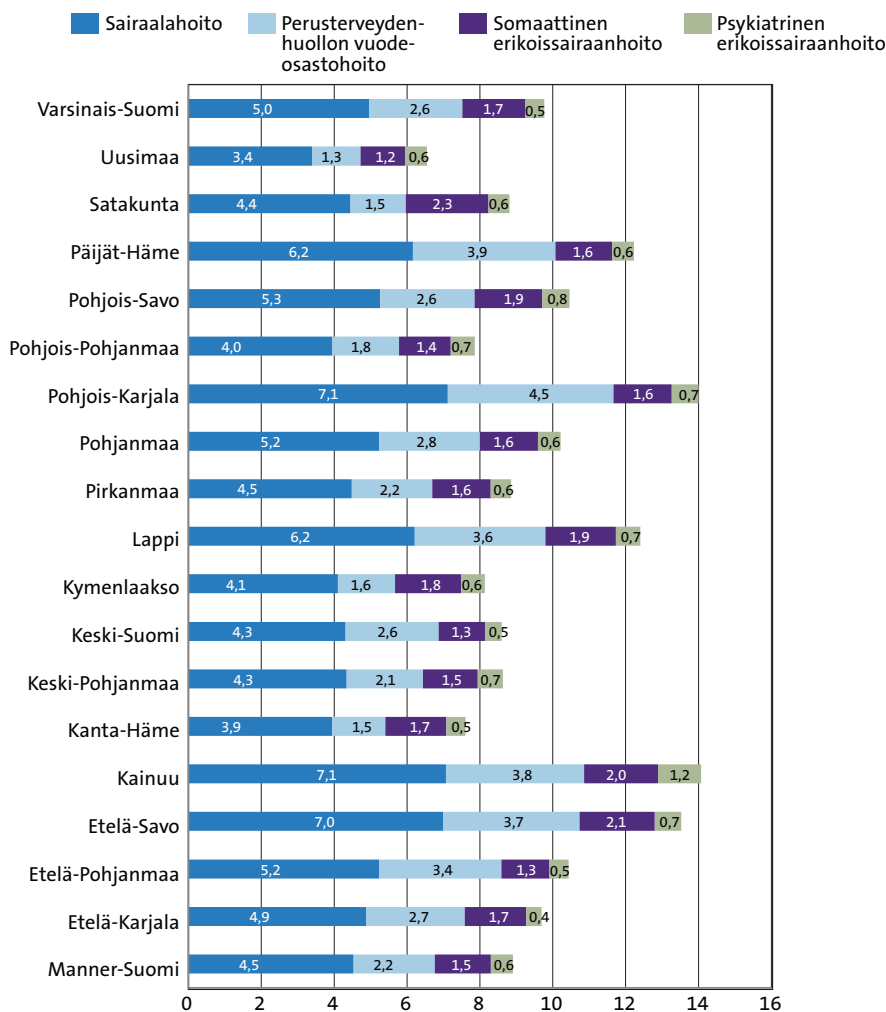


KUVIO 1. Palvelujen järjestäminen kunnittain Manner-Suomessa 2015 sekä maakuntarajat.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon ja palvelutuotannon nykytila

Sairaanhoidon palveluja tuottavat erikoislääkärijohtoiset sairaalat, joita ovat yliopistolliset keskussairaalat, keskussairaalat, aluesairaalat, psykiatriset sairaalat ja erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat. Sairaanhoitoa tarjotaan lisäksi yli sadassa terveyskeskussairaalassa tai terveyskeskusten vuodeosastolla. Sairaalapalvelupisteiden jakautuminen maakunnittain vaihtelee huomattavasti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sairaala- ja laitusrakenteessa sekä -kapasiteetissa on maakuntien välillä suuria eroja. Vuonna 2014 oli koko maan sairaalahoidon laskennallisten sairaansijojen määrä 24 758. Sairalahoidon väestöön suhteutettujen laskennallisten sairaansijojen kokonaismäärä vaihteli vuonna 2014 huomattavasti maakunnittain (3,4–7,1) perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa, somaattisessa erikoissairaanhoidossa sekä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (kuvio 2).



KUVIO 2. Laskennalliset sairaansijat per 1000 asukasta vuonna 2014 (Indikaattoripankki Sotkanet).

Kuvion 3 karttaan on merkitty terveyskeskussairaalat/vuodeosastot, erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat, alue- ja keskussairaalat, yliopistolliset sairaalat sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautiset päivystyspisteet. Vuonna 2014 terveydenhuollon päivystyspisteitä oli noin kuusikymmentä ja alkuvuodesta 2016 noin neljäkymmentä. Päivystysasetuksen mukaisesti ympärivuorokautista päivystystä on keskitetty suurempiin yhteispäivystysyksiköihin.

Suomessa kuntien on huolehdittava siitä, että kunnan asukkailla on mahdollisuus saada myös erikoissairaanhoidon palveluja. Jokainen kunta kuuluu erikoissairaanhoidon tuotannosta vastaavaan sairaanhoitopiiriin, joita Suomessa on 21. Sairaanhoitopiirit ylläpitävät erikoissairaanhoidon tuotantokapasiteettia, johon kuuluu joukko erilaisia sairaaloita. Monilla kunnilla on myös omaa erikoissairaanhoidon tuotantoa, esimerkiksi kaupunginsairaloita.

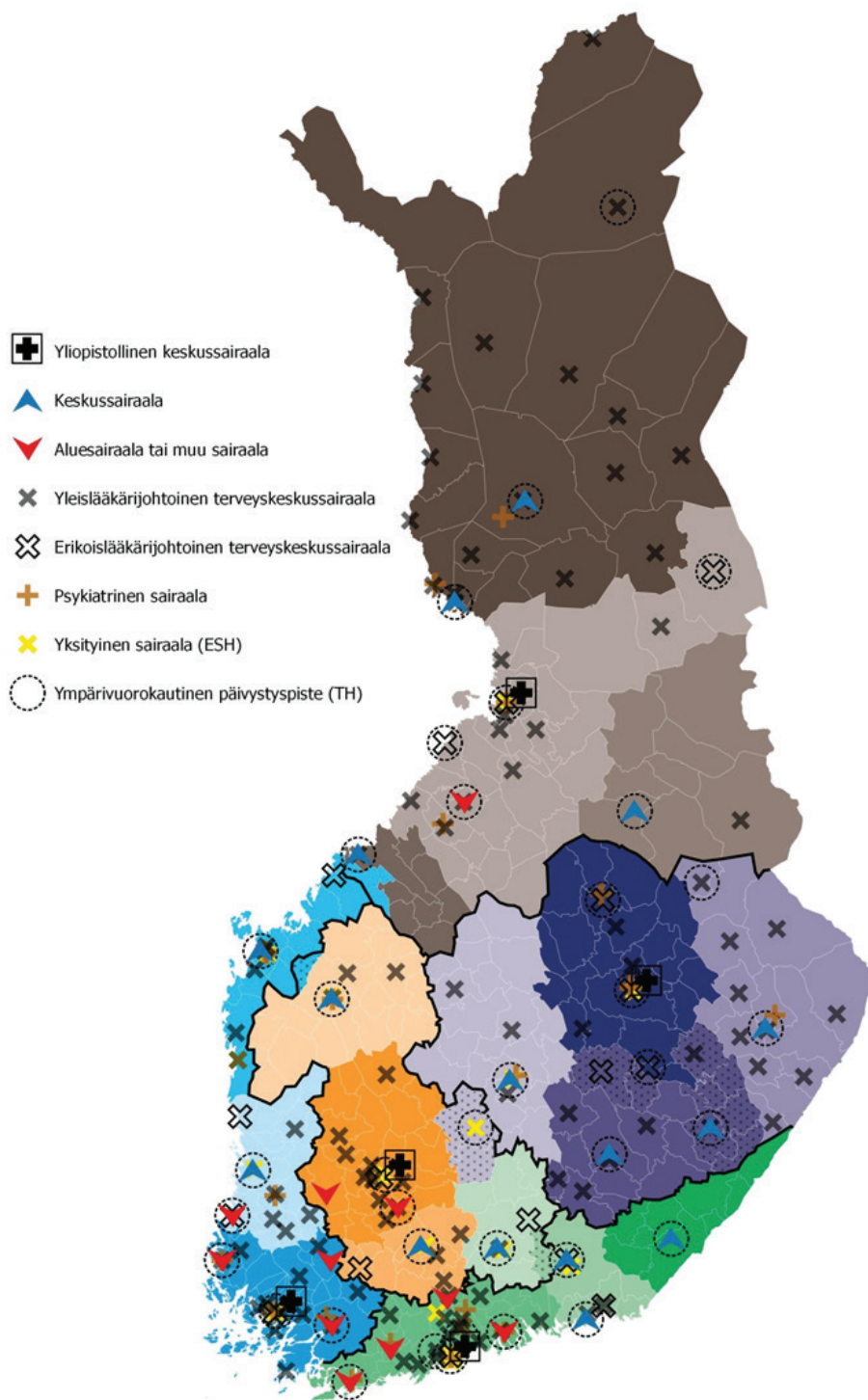
Sairaanhoitopiirin sairaalaverkkoon kuuluu keskussairaala. Viidellä sairaanhoitopiirillä on vastuu tietyistä erityispalveluista ja hoidoista, esimerkiksi Helsingin yliopistollinen sairaala vastaa valtakunnallisesti elinsiirroista. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ylläpitävät yliopistollisia keskussairaloita, joilla on vastuu joistakin lääkärikoulutukseen ja tutkimukseen liittyvistä tehtävistä. Tietyt palvelut tuotetaan yli sairaanhoitopiirien rajojen osana erityisvastuualueita eli ns. ERVA-alueita, joita on Suomessa viisi. Keskussairaaloiden lisäksi osa sairaanhoitopiireistä ylläpitää aluesairaloita ja psykiatrisia sairaaloita, joiden toimintoja on viime vuosina yhdistetty kiinteämmin osaksi keskussairaaloiden toimintoja.

Sosiaalihuollon palveluista karttaan (kuvio 4) on merkitty sosiaalipäivystyspisteet ja THL:n Sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisterin (TOPI) tiedot yli 40-paikkaisista vanhainkodeista, laitoshoidon tarjoavista kehitysvammahuollon toimipisteistä sekä laitoshoidon tarjoavista päihdehuollon toimipisteistä.¹

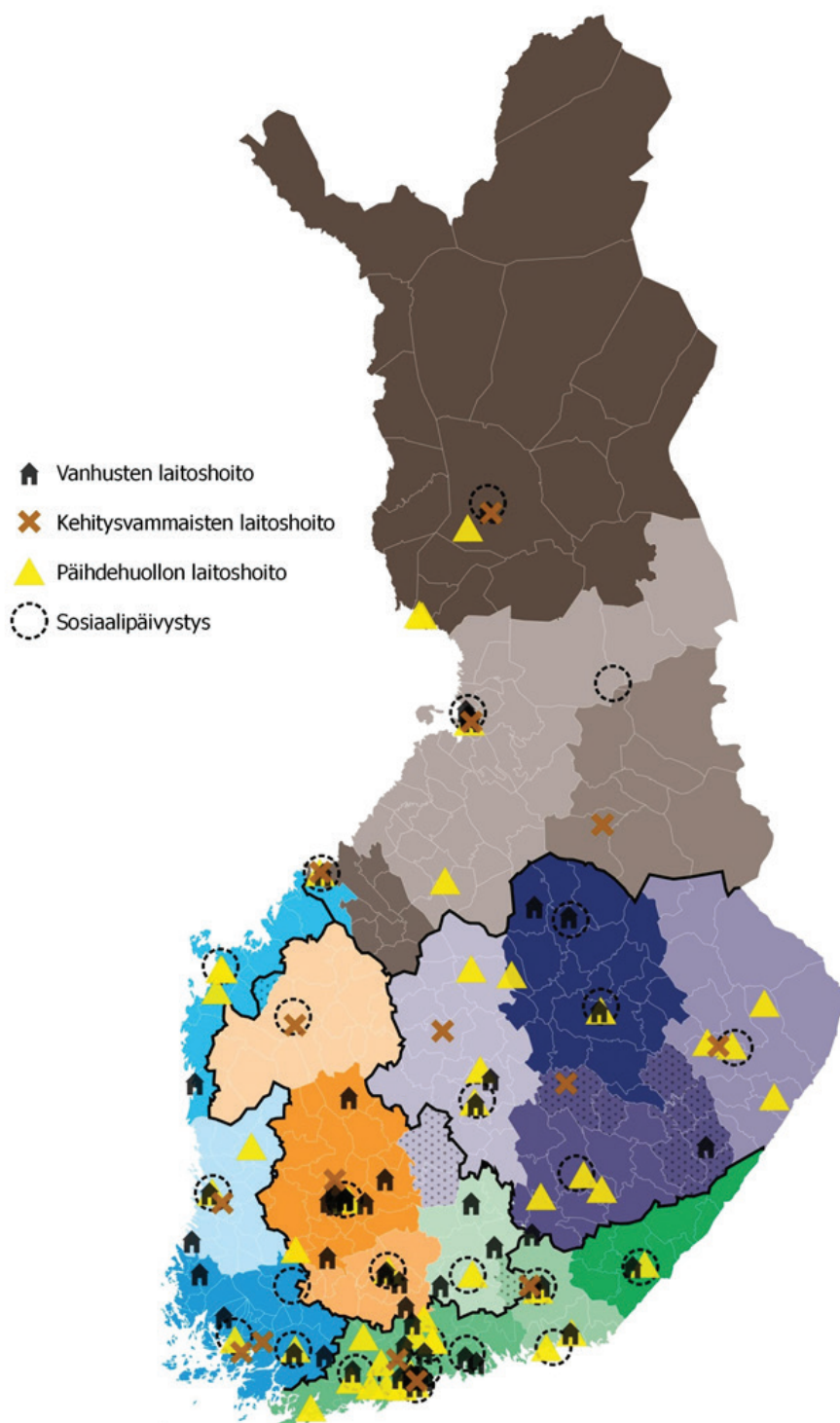
Tarkasteltaessa *sairaanhoitopiirirajat ylittävää sairaansijojen käyttöä* – väestön käyttämiä sairaanhoidon palveluja oman alueensa eli asuinpaikkakuntansa sairaanhoitopiirin ulkopuolelta – havaitaan merkittäviä eroja alueiden välillä (kuvio 5). Erot ilmenevät lisäksi taulukosta 1, jossa esitetään oman sairaanhoitopiirin tai sairaanhoitoalueen (HUS:n alueella) osuus sekä muiden kuin oman sairaanhoitopiirin osuus laskennallista kustannuksista (%) vuonna 2014.

Kunnat ja kuntayhtymät hankkivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja oman tuotannon lisäksi myös *yksityisiltä toimijoilta*. Julkiseen järjestämisvastuuseen kuuluvien terveyspalvelujen kustannukset olivat 11,1 miljardia euroa vuonna 2013. Järjestämisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät tuottavat palvelut pääosin itse. *Yksityisten palveluntuottajien* osuus palveluista oli 11 %.

1 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo/toimipaikkarekisteri-topi>

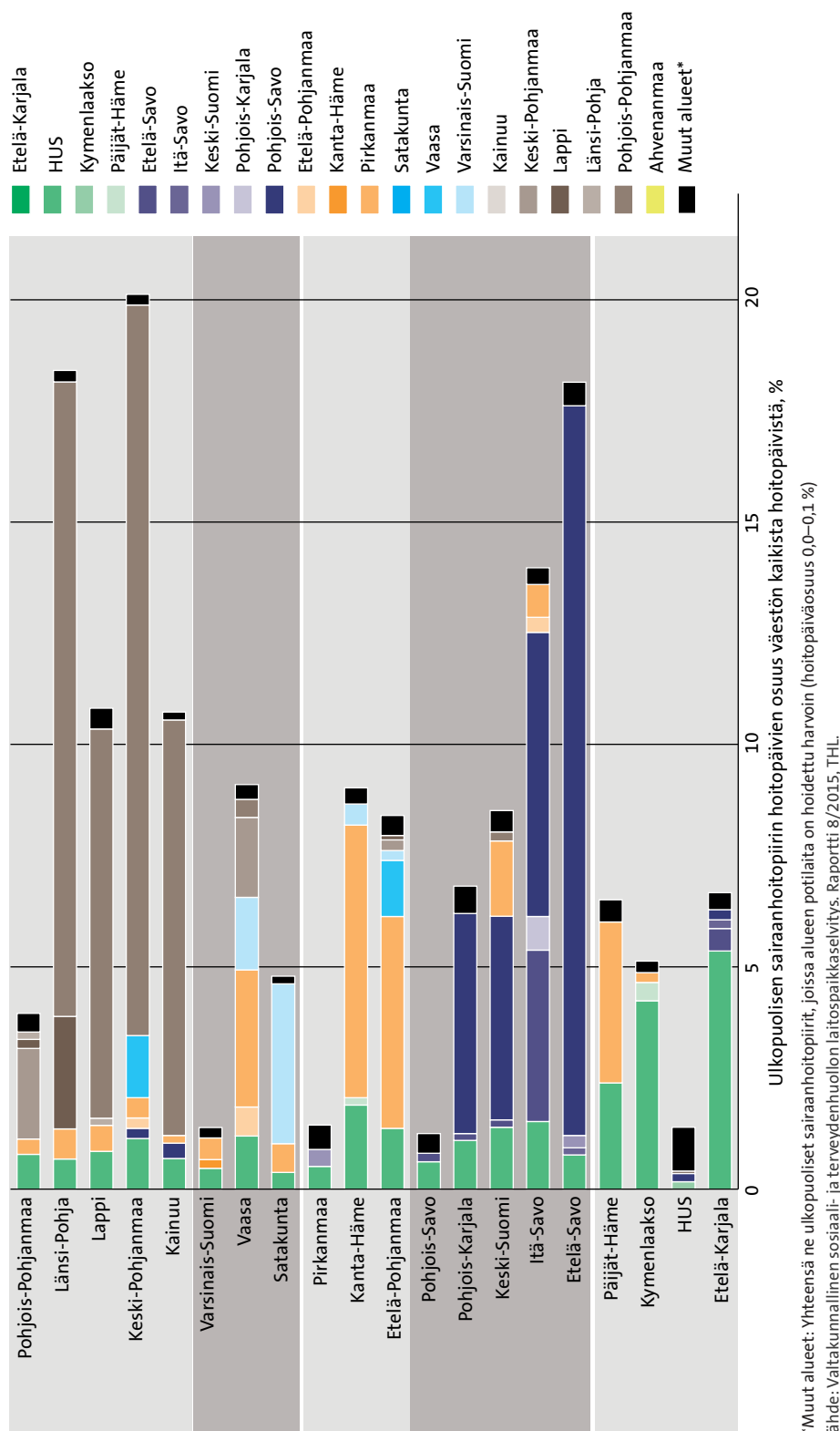


KUVIO 3. Sairaalahoidon palvelukartta.



KUVIO 4. Sosiaalihuollon laitoshoidon palvelukartta.

VÄESTÖN "KOTISAIRAANHOITOPIIRI"



KUVIO 5. Potilaan hoito vuonna 2013 oman sairaanhoitopiirinsä ulkopuolisessa kunnallisessa erikoissairaалassa, ulkopuolisten hoitopäivien osuus alueen väestön kaikista hoitopäivistä kyseisissä sairaalatyypeissä, %.

TAULUKKO 1. Muiden kuin oman sairaanhoitopiirin tai sairaanhoitoalueen (HUS:n alueella) osuus laskennallisista kustannuksista 2014*

Sairaanhoitopiiri/sairaanhoitoalue (HUS-alue)	Muiden kuin oman sairaanhoitopiirin osuus laskennallisista kustannuksista (%)
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	7,9
HYKS -sairaanhoitoalue	10,6
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	11,0
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	11,3
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	11,8
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	12,9
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	13,1
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	13,2
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	15,0
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	15,8
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	16,0
Lapin sairaanhoitopiiri	18,9
Kainuun sairaanhoitopiiri	19,6
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	19,8
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	20,0
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	22,6
Vaasan sairaanhoitopiiri	25,4
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	26,3
Satakunnan sairaanhoitopiiri	29,3
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	34,7
Hyvinkään sairaanhoitoalue	40,4
Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue	44,3
Porvoon sairaanhoitoalue	44,7
Lohjan sairaanhoitoalue	45,3

* Kustannukset koskevat vain somaattista erikoissairaanhoitoa ja perustuvat DRG-luokitusjärjestelmään (Diagnosis Related Group). DRG on luokitusjärjestelmä, jossa potilaan saama hoito ryhmitellään päädiagnoosin, mahdollisten hoitoon vaikuttavien sivudiagnoosien, suoritettujen toimenpiteiden, hoitoajan sekä potilaan iän ja sukupuolen ja sairaalasta poistumistilan mukaan kliinisesti mielekkäisiin ryhmiin. Kunkin ryhmän sisällä hoitokson vaatima voimavarojen kulutus on keskimäärin samaa luokkaa

Sosiaali- ja terveydenhuollon osittais- tai kokonaisulkoistus tarkoittaa sitä, että terveysasemilla tuotettavista palveluista vastaa yksityinen terveyspalveluyritys. Kokonaisulkoistettujen palvelujen piirissä on väestöstä ainoastaan 1,6 % ja kokonais- tai osittaisulkoistettujen palvelujen piirissä 5,4 % suomalaisista. Suomessa oli yhteensä 47 ulkoistettua terveysasemaa vuonna 2015. Yksityiset palveluntuottajat vastaavat joidenkin terveyskeskusten virka-ajan ulkopuolisesta kiire- tai akuuttivastaanotosta.²

2 Parhiala ym. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt – Kyselytutkimuksen tuloksia 1. Tutkimuksesta tiivistä 7, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2016.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot ylläpitävät Valveri-nimistä rekisteriä *yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajista* ja itsenäisistä ammatinharjoittajista. Yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavien yritysten tulee antaa ajantasainen ilmoitus vuosittain.

Kuvioon 6 on kerätty terveydenhuollon tiedot yritysten antamista ilmoituksista vuodelta 2015. Toimialat on jaettu 10 päätoimialaan, joiden lisäksi esitetään luokittelemattomat palvelut, joissa on lääkärin vastaanottopalvelua ja luokittelemattomat palvelut ilman lääkärin vastaanottopalvelua. Yhteensä rekisterissä oli vuonna 2015 tiedot yli 13 000 yrityksestä. Itsenäiset ammatinharjoittajat eivät näy kuviossa. Uudenmaan maakunnassa on huomattavasti enemmän yksityistä terveydenhuoltoa kuin muissa maakunnissa.

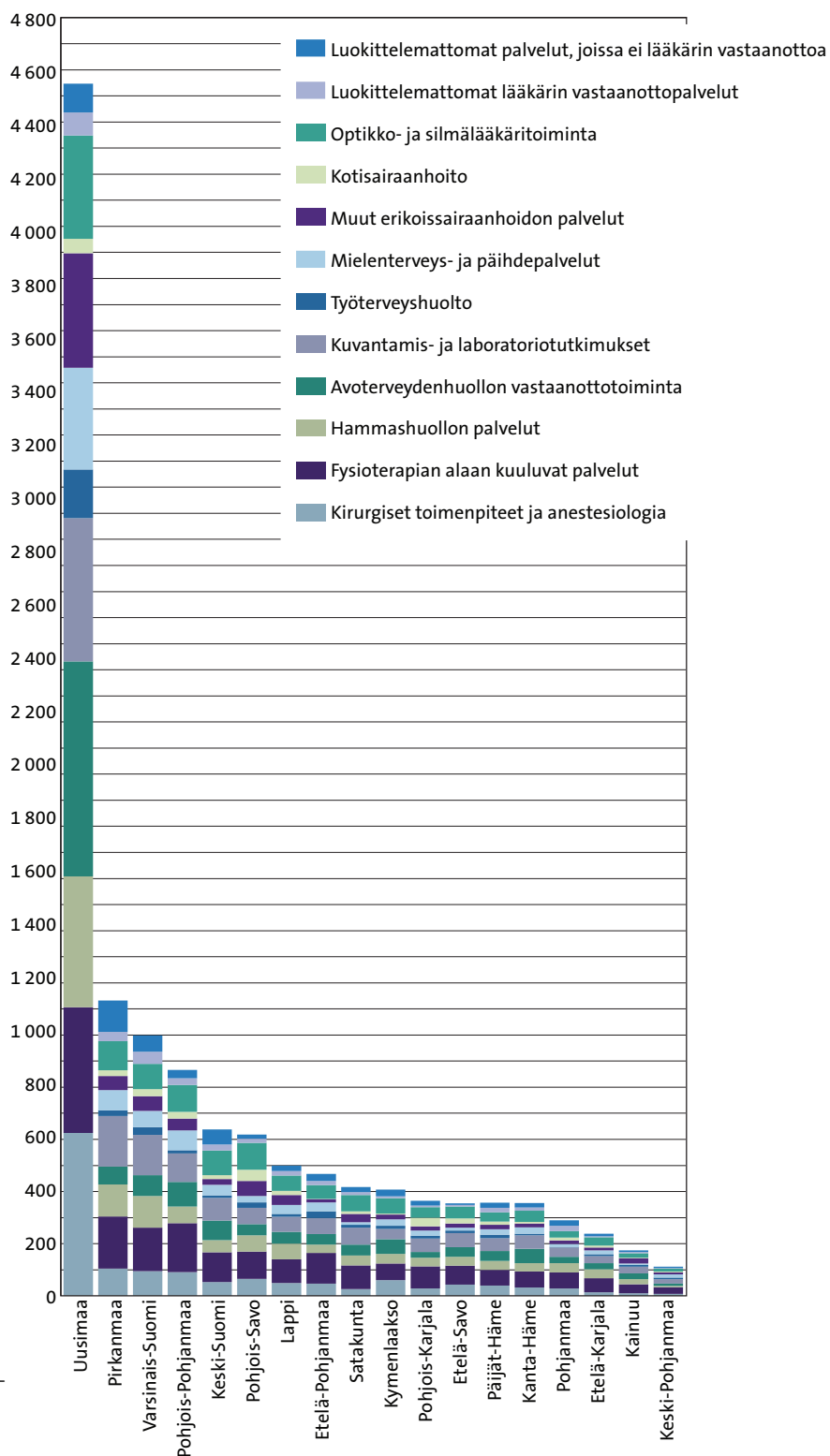
Yritysten toimipisteiden jaottelu eri toimialoihin on rakentunut niin, että kirurgian toimiala sisältää yritykset, jotka tuottavat palveluja hakusanoilla anestesiatoiminta, anestesiologia ja tehohoito, kirurgia, leikkaustoiminta avohoidossa (sisältää päiväkirurgian) ja neurokirurgia. Fysioterapian alaan kuuluvissa palveluissa on ilmoitukset yrityksiltä, jotka tuottavat fysiatrriaa, erilaisia fysikaalisia käsittelyitä, hierontaa, jalkaterapiaa ja muita terapioidia kuten toimintaterapiaa. Hammashuollon palveluihin kuuluvat hammas- ja erikoishammaslääkärin vastaanottotoiminta, hammaslääketieteellinen lausuntotoiminta, kuvantaminen, suuhygienistin vastaanotto ja erilaiset suu- ja leukakirurgiset toimenpiteet.

Avoterveydenhuollon vastaanottotoimintaan sisältyy lääkärin vastaanottotoiminta, sairaanhoitajien ja muiden hoitajien vastaanotto, yleislääketiede-hakusanalla esiintyvät palvelut ja lääkärin antamat internet- ja puhelinpalvelut. Kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten kokonaisuuteen on jaoteltu erilaiset kliiniset tutkimukset, magneettikuvaukset, ultraäänitutkimukset ja patologia. Työterveyshuollon palveluihin kuuluu työterveyshuolto ja työterveyshuoltolain mukaiset asiantuntijapalvelut. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin sisältyy psykiatria, psykologin ja psykoterapeutin työ ja opioidiriippuvaisten korvaus- tai vieroitushoitopalvelut. Muissa erikoissairaanhoidon palveluissa on lääketieteelliset erikoisalajat, joita ei ole jo mainittu edellisissä, pois lukien silmätaudit, jotka kuuluvat optikko- ja silmälääkäritoiminnan kokonaisuuteen. Kotisairaanhoitoon luetaan kotisairaanhoidon lisäksi kotisairaaloiminta. Muut terapiat -kokonaisuus käsittää ravitsemusterapian ja puheterapian.

Yritysten jaottelu eri maakuntiin perustuu niiden käyntiosoitteeseen. Mikäli yhdellä yrityksellä on useampi toimipiste saman maakunnan alueella, on tämä kirjattu yhtä monta kertaa kuvion tietoihin kuin yrityksellä on eri osoitteessa sijaitsevia toimipisteitä. Palveluntuottajalla on oltava lupaviranomaisen myöntämä lupa yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen.

Terveys- ja sosiaalipalveluja tuottavissa yrityksissä toimii merkittävä määrä eri alojen itsenäisiä ammatinharjoittajia. Itsenäisellä ammatinharjoittajalla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöä, joka harjoittaa itsenäisesti ammattiaan, tuottaa palvelut itsenäisesti suoraan asiakkaalle eikä ole julkisessa virassa eikä muussakaan palvelussuhteessa. Itsenäisen ammatinharjoittajan tulee tehdä kirjallinen ilmoitus toiminnastaan aluehallintovirastolle.

Ikääntyneen väestön (65 v. täyttäneiden) *ympäri vuorokautisen hoidon* laskennallisia laitospaikkoja oli Manner-Suomessa yli 50 000 vuonna 2014. Näistä oli terveyskeskusten



KUVIO 6. Yksityinen terveydenhuolto – toimipisteiden määrät maakunnittain.

pitkäaikaishoidon laskennallisia sairaansijoja yli 5 000 ja vanhainkotien laskennallisia laitospaikkoja yli 11 000. Ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavassa tehostetussa palveluasumisessa oli laskennallisia paikkoja³ lähes 36 000. Järjestöt ja yritykset tuottivat kuntien järjestämistä vastaavalla olevista vanhainkotien laitospalveluista 11 % ja tehostetun palveluasumisen palveluista 48 %.

Vanhainkotien laskennallisten paikkojen määrä tuhatta 65 vuotta täyttänyttä kohden vaihteli erittäin paljon maakuntien välillä kuntien ja kuntayhtymien tuottamissa palveluissa (Satakunta 14, Pohjois-Karjala 2). Järjestöjen ja yritysten tuottamat palvelut ovat vähäisiä vanhainkotipalveluissa, päinvastoin kuin tehostetussa palveluasumisessa. Useat maakunnat ostivat vuonna 2014 ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen paikkoja enemmän yrityksiltä ja järjestöiltä kuin niillä oli omassa palvelutuotannossa; Uusimaa, Pirkanmaa, Kanta-Häme, Etelä-Savo, Satakunta, Kymenlaakso. (Kuvio 7.)

Lasten ja nuorten laitoshoidon koostuu hoidosta lastensuojelulaitoksissa, ammatillisissa perhekodeissa ja muussa laitoshoidossa. Lasten ja nuorten laitoshoidon laskennallisia laitospaikkoja⁴ oli vuonna 2014 yli 5 500. Järjestöt ja yritykset tuottivat palveluista 64 %. Kuntien oman tuotannon ja järjestöiltä ja yrityksiltä ostettujen palvelujen suhde vaihteli maakunnissa huomattavasti kuten kuvio 8 osoittaa. Uudellamaalla oli päivittäisessä käytössä kunnan kustantamia omia lasten ja nuorten laitoshoidon paikkoja keskimäärin 710 ja muilta ostettuja laitoshoitopaikkoja 1 230 vuonna 2014. Vähiten lasten ja nuorten laitoshoidossa oli asiakkaita Keski-Pohjanmaalla vuonna 2014.

Vammaisten laitospalvelujen laskennallisia laitospaikkoja oli vuonna 2014 koko maassa 1 430 ja kehitysvammaisten autetun asumisen paikkoja 7 152. Maakunnittain laskennallisten paikkojen määrässä on suuria eroja, myös väestöltään lähes samankokoisten maakuntien välillä (taulukko 2). Kuntien osuus palvelujen tuotannosta oli 86 % ja yksityisten palveluntuottajien osuus 14 %.

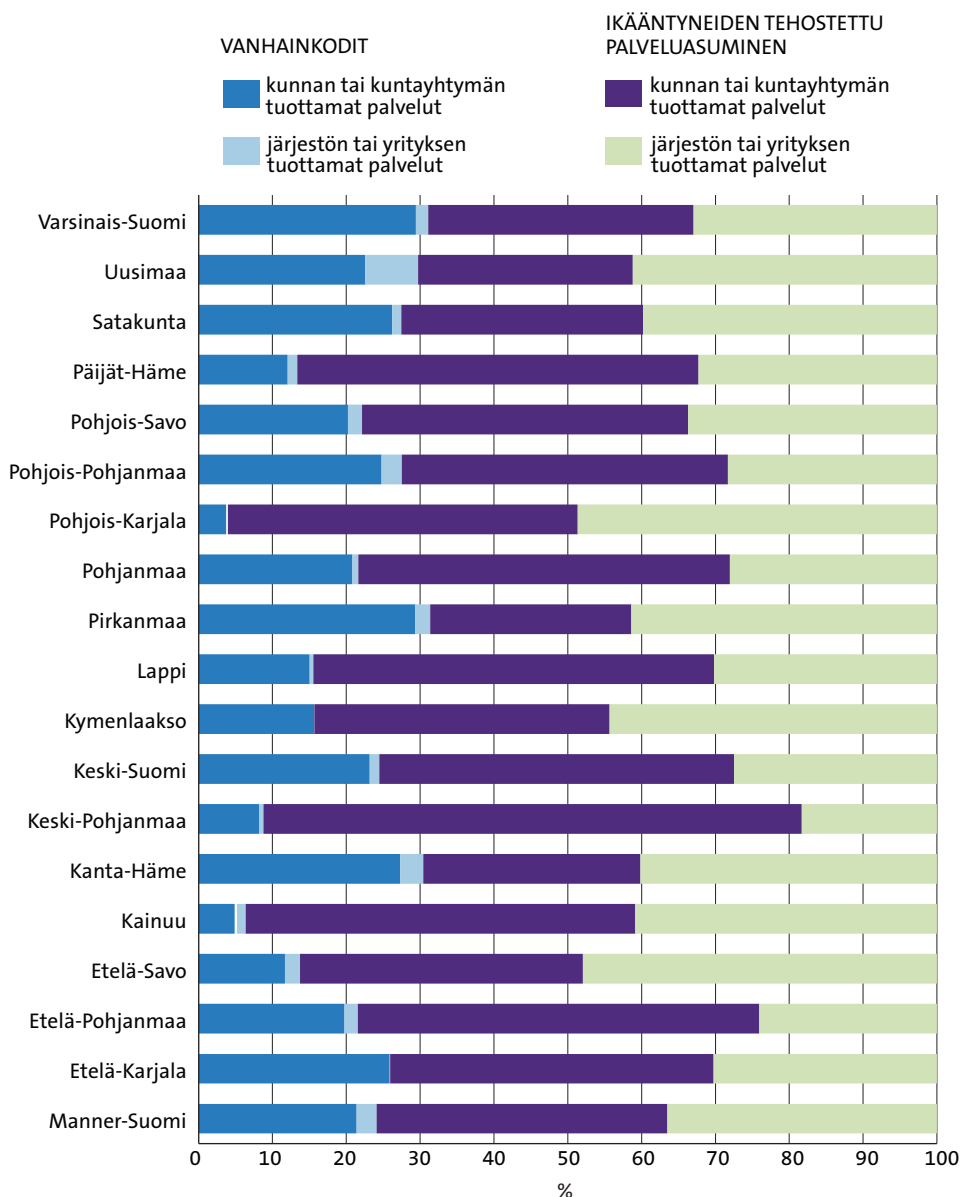
Päihdehuollon laitoshoidon järjestetään päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa ja katkaisuhuoltoyksiköissä, laitoshoidon määrä vaihtelee huomattavasti maakuntien välillä. Päihdehuollon laskennallisia laitospaikkoja oli vuonna 2014 yhteensä 747. Näistä päihdehuollon kuntoutuslaitosten paikkoja oli 488 ja katkaisuhoidon paikkoja 259. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten palveluista 57 % ja katkaisuhuoltoasemien palveluista 45 % oli kuntien muilta ostamia palveluja (taulukko 2).

Työterveyshuollon piiriin kuului vuonna 2013 lähes 1,9 miljoonaa työntekijää⁵. Työterveyshuollon (ml. opiskelijaterveydenhuolto) kokonaiskustannukset olivat 4,7 % Suo-

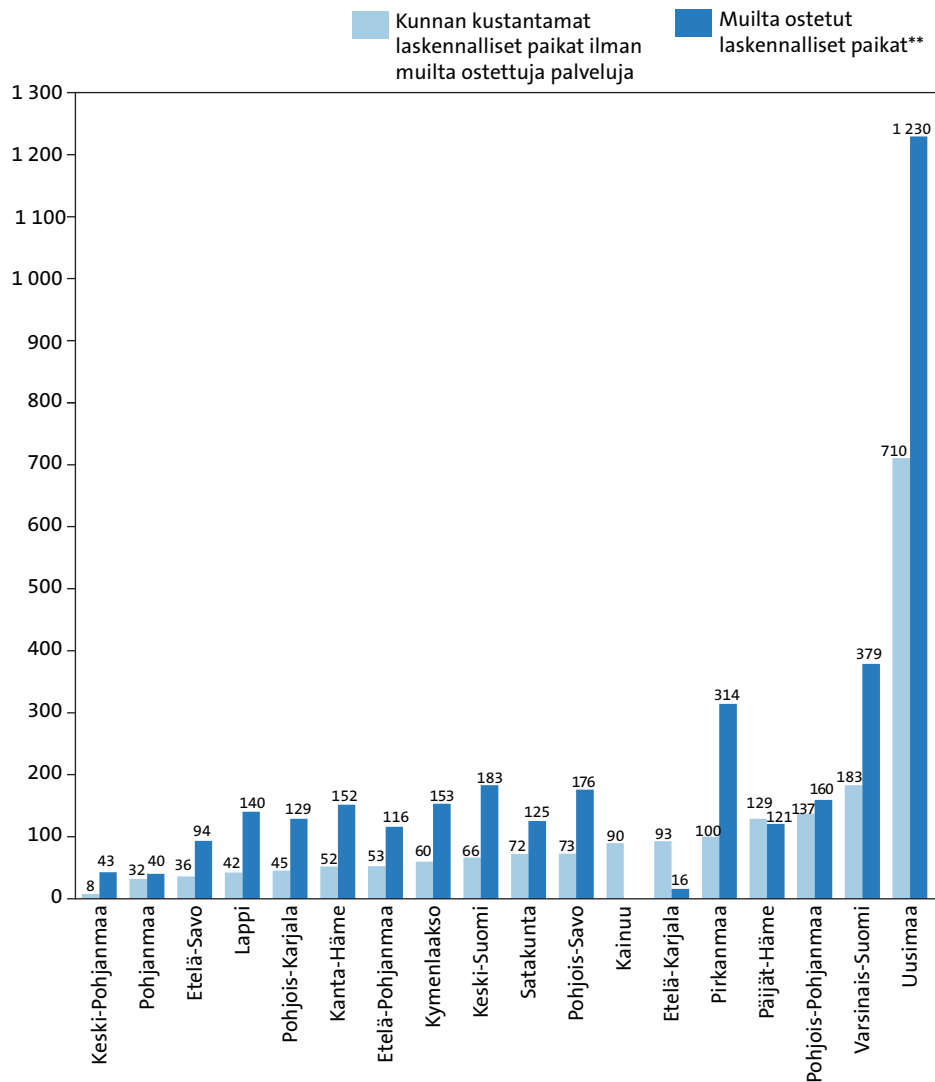
3 Laskennalliset laitospaikat saadaan jakamalla koko vuoden hoitopäivät 365:llä (366), mikä tarkoittaa sitä paikkamäärää, joka laitoksissa on keskimäärin päivittäisessä käytössä.

4 Laskettu jakamalla lasten ja nuorten laitoshoidossa olleiden asiakkaiden hoitopäivät 365:llä, mikä tarkoittaa sitä paikkamäärää, joka laitoksissa on keskimäärin päivittäisessä käytössä.

5 Kela 2015, tilastokatsaus



KUVIO 7. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen laskennalliset paikat tuhatta 65 v. täyttäneitä kohden kunnan tai kuntayhtymän sekä järjestön tai yrityksen tuottamana maakunnittain vuonna 2014 (Indikaattoripankki Sotkanet).



KUVIO 8. Lasten ja nuorten laitoshoidossa olleiden asiakkaiden laskennalliset paikat* vuonna 2014, kunnan omat tai muilta kunnilta, kuntayhtymiltä ja valtiolta ostamat paikat ja muilta ostetut paikat**.

*Laskennalliset laitospaikat saadaan jakamalla koko vuoden hoitopäivät 365:llä (366), mikä tarkoittaa sitä paikkamäärää, joka laitoksissa on keskimäärin päivittäisessä käytössä.

**Muilta ostetut paikat tarkoittaa lähinnä yksityisiltä palveluntuottajilta ostettuja palveluja

TAULUKKO 2. Sairaalahoidon, ikääntyneiden laitoshoidon, päihdehuollon laitoshoidon, lasten ja nuorten laitoshuollon sekä vammaisten laitospalvelujen ja kehitysvammaisten autetun asumisen laskennalliset (hoitopäivät jaettuna 365:llä) sairaansijat/paikat vuonna 2014 (Indikaattori-pankki Sotkanet)

Sairaalahoidon sairaansijat	Terveystieteiden laitoshoidon sairaansijat	Vanhainkoti- ja laitospaikat	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen paikat	Päihdehuollon kuntoutuslaitosten paikat	Päihdehuollon katkaisuhoitojen paikat	Lasten ja nuorten laitoshuollon laitospaikat	Vammaisten laitospalveluiden laitospaikat	Maakunnan vammaisten laitospaikkojen osuus koko maan paikoista	Kehitysvammaisten autetun asumisen paikat
Yhteensä	65 v. täyttäneiden	65 v. täyttäneiden	65 v. täyttäneiden	Yhteensä	Yhteensä	Yhteensä	Yhteensä	%	Yhteensä
Koko maa	24 758	5 022	11 267	34 174	488	259	5 569	1430	100
Etelä-Karjala	643	162	278	779	9	9	109	18	1,2
Etelä-Pohjanmaa	1 013	256	440	1 537	11	2	169	70	4,9
Etelä-Savo	1 064	305	235	1 430	22	7	130	65	4,5
Kainuu	563	136	52	735	12	0	91	25	1,8
Kanta-Häme	691	83	450	996	10	7	204	3	0,2
Keski-Pohjanmaa	299	26	61	599	2	4	50	5	0,4
Keski-Suomi	1 188	237	672	2 017	13	13	250	32	2,2
Kymenlaakso	740	96	372	1 946	17	18	213	45	3,1
Lappi	1 131	265	269	1 433	23	2	183	93	6,5
Pirkanmaa	2 249	442	1 304	2 760	24	27	414	167	11,7
Pohjanmaa	946	251	336	1 186	16	4	73	27	1,9
Pohjois-Karjala	1 177	422	70	1 632	23	8	175	57	4
Pohjois-Pohjanmaa	1 598	159	833	2 139	18	9	297	71	4,9
Pohjois-Savo	1 308	238	516	1 812	9	12	248	106	7,4
Päijät-Häme	1 246	484	216	1 384	22	12	250	4	0,3
Satakunta	997	70	777	1 998	8	8	197	106	7,4
Uusimaa	5 406	788	2 936	6 859	213	90	1 940	315	22
Varsinais-Suomi	2 343	602	1 318	2 785	37	27	562	218	15,2
									560

men terveydenhuollon kokonaismenoista vuonna 2013⁶. Vuonna 2013 työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 776 miljoonaa euroa, mikä oli 5,8 % enemmän kuin edellisvuonna. Kustannuksista 320 miljoonaa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 455 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista⁶.

Yksityiset lääkäriasemat tuottavat noin puolet työterveyshuollosta. Vuonna 2013 lääkärikeskukset tarjosivat pääasialliset työterveyshuoltopalvelut 1 008 200 henkilölle eli joka toiselle työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä. Lisäksi palvelua tuottavat kuntien liikelaitokset ja työnantajat itse⁷. Terveyskeskukset tarjosivat palvelut 447 700 henkilölle. Työnantajien omilta ja/tai heidän yhdessä muiden työnantajien kanssa omistamiltaan työterveysasemilta pääasialliset palvelut sai 351 100 henkilöä. Toisen työnantajan työterveysasemaa käytti enää 40 300 henkilöä. Muut kuin edellä mainitut palvelujen tuottajat tarjosivat palvelut 11 100 henkilölle.

Sairaanhoitokäyntejä tehtiin työterveyshuollossa 5,1 miljoonaa vuonna 2013, mikä oli 1,3 % vähemmän kuin edellisvuonna. Sairaanhoitokäyntejä tehdään työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti vuosittain keskimäärin 3,6⁶. Vuonna 2015 työterveyshuoltoon erikoistuneita työikäisiä lääkäreitä oli Suomessa 1 128⁸.

3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö

Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstöä oli yhteensä 264 710 henkilöä vuonna 2014. Terveyspalveluissa oli 132 387 ja sosiaalipalveluissa 126 180 henkilöä. Lisäksi näihin liittyvissä yhteisissä erittelemättömissä hallinnon palveluissa työskenteli 6 143 henkilöä. Luvuissa ei ole mukana ostopalvelu yksityiseltä sektorilta. Naisten osuus henkilöstöstä oli hieman alle 91 prosenttia. Henkilöstön iän keskiarvo oli 44,7 vuotta. Lähi-vuosina kuntien terveys- ja sosiaalitoimen henkilöstöä siirtynee paljon eläkkeelle. Vuoteen 2025 mennessä 28,5 prosenttia ja vuoteen 2030 mennessä 43,1 prosenttia vuoden 2014 henkilöstöstä saavuttaa 65 vuoden iän. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärien erot suhteessa väestöön ovat maakuntien välillä huomattavat (ks. taulukko 4) vaihdellen Kymenlaakson 2,0 lääkäristä ja erikoislääkäristä tuhatta asukasta kohden Pohjois-Savon 4,4, lääkäriin ja erikoislääkäriin tuhatta asukasta kohden. Sairaan- ja terveydenhoitajien määrissä tuhatta asukasta kohden ei esiintynyt yhtä suuria maakunnittaisia eroja. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalialan suunnittelijoiden ym. määrä tuhatta asukasta kohden vaihteli Pohjanmaan 1,1:stä Uudenmaan 2,2:een.⁹

Lääkäreitä oli vuonna 2014 sairaalapalveluissa 9 232, terveyskeskuksissa 4 234 ja muissa terveydenhuollon tehtävissä 449. Yhteensä terveydenhuollossa oli 13 915 lääkäreitä. Suomessa oli laillistettuja lääkäreitä 1.1.2016 yhteensä 28 565. Heistä työikäisiä (alle

6 Kela 2015, Työterveyshuoltotilasto 2013

7 Terveyspalvelualan liitto 2015,

8 Lääkäriliitto 2015, Lääkärit 2015 – vuositilasto

9 THL 16/2015, Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014, <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkilosto/kuntien-terveys-ja-sosiaalipalvelujen-henkilosto>

65 v.) ja Suomessa asuvia oli 20 970. Maassamme on 262 asukasta yhtä työikäistä lääkäriä kohden. Suomessa oleva lääkäri työvoima on pienempi kuin laillistettujen lääkärin määrä, koska muiden EU-maiden lääkärit hankkivat laillistuksia Suomesta¹⁰.

Lääkäriliiton kyselyn mukaan terveyskeskusten lääkärintehtävistä oli 2015 lokakuussa täyttämättä enää 172 tehtävää, mikä oli yhteensä 4,4 % kaikista tehtävistä. Lääkäriliiton mukaan terveyskeskusten lääkärivaje vuonna 2015 vaihteli huomattavasti sairaanhoitopiireittäin. Suurin vaje oli Vaasan sairaanhoitopiirissä, jossa sen osuus oli 18,2 % lääkärintehtävistä. Kanta-Häme oli ainoa sairaanhoitopiiri, jossa lääkärivajetta ei ollut lainkaan. Lääkärivaje on ollut laskusuunnassa vuodesta 2008, jolloin se oli korkeimmillaan 11 %. Lääkärivajeella tarkoitetaan kokonaan hoitamatta olevien tehtävien osuutta kaikista lääkärintehtävistä, joihin on haettu, mutta ei ollut saatu lääkäreitä. Johtavista lääkäreistä 80 % piti lääkäritilannetta erittäin tai melko hyvänä.^{11, 12} Erikoislääkäreiden saatavuutta koskevien selvitysten mukaan joillakin erikoisaloilla tulee olemaan merkittävä vaje tulevaisuudessa, erityisesti fysiatria, psykiatria, reumatologia, keuhkosairaudet sekä naistentaudit ja synnytykset¹³.

Sairaanhoitajia oli kunnissa 46 446 vuonna 2014. Terveyspalveluissa heitä oli 39 450. Yli 13 prosenttia sairaanhoitajista työskenteli sosiaalipalveluissa, joissa heidän määränsä on kasvanut. Terveystenhoitajia oli 5 934 ja kättilöitä 2 087. Vuonna 2014 sosiaalityön erikoisasiantuntijoita oli sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteensä 4423, joista sosiaalityöntekijöitä 4306 ja sosiaalialan suunnittelijoita 117. Kuntoutuksen ammattihenkilöstöä oli 4641 sisältäen fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja muut terapeutit.

Yksityisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä oli terveyspalveluissa 40 724 ja sosiaalipalveluissa 68 572, yhteensä 109 296. Taulukossa 3 on esitetty julkisen ja yksityisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön lukumäärät ammattiryhmittäin maakunnissa. Taulukossa 4 on samat tiedot esitetty väestöön suhteutettuina.

Sote- ja aluehallintouudistus on Suomen työmarkkinahistorian ylivoimaisesti suurin henkilöstön uudelleenorganisointi. Uudistus koskee yli 250 000 kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää ja 15 000–18 000 tukipalvelujen työntekijää (ruokahuolto, siivous, kiinteistöhuolto).

10 https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll16_taskutil_fi_net.pdf

11 <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/terveyskeskustenlaakarivajeenaaneljaprocenttia/>
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tk_laakaritilanne_2015_tiedotus.pdf

12 Piitu Parmanne. Lääkärivaje laskee edelleen. Suomen Lääkärilehti 4/2016

13 Meretoja Olli, Hyks-erva-erikoislääkärit 2025. Erikoisalakohmainen erikoislääkäritilanne ja koulutuksen tarve Hyks erityisvastuualueella vuoteen 2025. HUS 2012

TAULUKKO 3. Julkisen ja yksityisen sektorin sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstön lukumäärät ammatti-ryhmittäin ja maakunnittain vuonna 2013 (Indikaattoripankki Sotkanet)

	Lääkärit ja erikoislääkärit			Sairaalan- ja terveydenhoitajat ja kättilöt			Sosiaalityöntekijät ja sosiaalialan suunnittelijat ym.		
	julkinen	yksityinen	yhteensä	julkinen	yksityinen	yhteensä	julkinen	yksityinen	yhteensä
Manner-Suomi	13 154	4 184	17 338	55 143	9 511	64 654	5 826	3 587	9 413
Uusimaa	3 989	1 717	5 706	13 896	3 047	16 943	2 236	1 241	3 477
Varsinais-Suomi	1 412	413	1 825	4 953	736	5 689	473	317	790
Satakunta	432	97	529	2 646	356	3 002	240	148	388
Kanta-Häme	366	89	455	1 564	330	1 894	131	73	204
Pirkanmaa	1 355	610	1 965	4 795	1 375	6 170	592	291	883
Päijät-Häme	370	133	503	2 088	301	2 389	230	143	373
Kymenlaakso	295	72	367	1 760	364	2 124	85	131	216
Etelä-Karjala	234	53	287	1 454	174	1 628	165	41	206
Etelä-Savo	293	57	350	1 750	264	2 014	96	111	207
Pohjois-Savo	899	182	1 081	3 085	334	3 419	286	192	478
Pohjois-Karjala	340	63	403	1 831	238	2 069	109	113	222
Keski-Suomi	513	131	644	2 645	450	3 095	306	185	491
Etelä-Pohjanmaa	429	64	493	2 177	274	2 451	158	110	268
Pohjanmaa	363	56	419	2 110	232	2 342	133	63	196
Keski-Pohjanmaa	177	30	207	894	104	998	51	48	99
Pohjois-Pohjanmaa	1 162	321	1 483	4 452	615	5 067	311	256	567
Kainuu	152	26	178	970	97	1 067	86	24	110
Lappi	373	70	443	2 073	220	2 293	138	100	238

TAULUKKO 4. Julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön määrä tuhatta asukasta kohden ammattiryhmittäin maakunnissa vuonna 2013 (Indikaattoripankki Sotkanet)

	Lääkärit ja erikoislääkärit			Sairaalan- ja terveydenhoitajat ja kätilöt			Sosiaalityöntekijät ja sosiaalialan suunnittelijat ym.		
	julkinen	yksityinen	yhteensä	julkinen	yksityinen	yhteensä	julkinen	yksityinen	yhteensä
Manner-Suomi	2,4	0,8	3,2	10,2	1,8	11,9	1,1	0,7	1,7
Uusimaa	2,5	1,1	3,6	8,8	1,9	10,7	1,4	0,8	2,2
Varsinais-Suomi	3,0	0,9	3,9	10,5	1,6	12,1	1,0	0,7	1,7
Satakunta	1,9	0,4	2,4	11,8	1,6	13,4	1,1	0,7	1,7
Kanta-Häme	2,1	0,5	2,6	8,9	1,9	10,8	0,7	0,4	1,2
Pirkanmaa	2,7	1,2	3,9	9,6	2,8	12,4	1,2	0,6	1,8
Päijät-Häme	1,8	0,7	2,5	10,3	1,5	11,8	1,1	0,7	1,8
Kymenlaakso	1,6	0,4	2,0	9,7	2,0	11,7	0,5	0,7	1,2
Etelä-Karjala	1,8	0,4	2,2	11,0	1,3	12,3	1,2	0,3	1,6
Etelä-Savo	1,9	0,4	2,3	11,4	1,7	13,2	0,6	0,7	1,4
Pohjois-Savo	3,6	0,7	4,4	12,4	1,3	13,8	1,2	0,8	1,9
Pohjois-Karjala	2,1	0,4	2,4	11,1	1,4	12,5	0,7	0,7	1,3
Keski-Suomi	1,9	0,5	2,3	9,6	1,6	11,2	1,1	0,7	1,8
Etelä-Pohjanmaa	2,2	0,3	2,5	11,2	1,4	12,6	0,8	0,6	1,4
Pohjanmaa	2,0	0,3	2,3	11,7	1,3	13,0	0,7	0,3	1,1
Keski-Pohjanmaa	2,6	0,4	3,0	13,0	1,5	14,5	0,7	0,7	1,4
Pohjois-Pohjanmaa	2,9	0,8	3,7	11,1	1,5	12,6	0,8	0,6	1,4
Kainuu	1,9	0,3	2,2	12,1	1,2	13,3	1,1	0,3	1,4
Lappi	2,0	0,4	2,4	11,3	1,2	12,6	0,8	0,5	1,3

4 Suurimmat rakennushankkeet/investointisuunnitelmat

Terveydenhuolto ja erikoissairaanhoito vaativat aika ajoin suuria investointeja, jotta koneet, laitteet ja rakennettu infrastruktuuri olisivat turvallisia ja tukisivat nykyaikaisia hoitokäytäntöjä. Vaikka investoinnit ovat summiltaan suuria, ajoittuvat ne usein pitkälle aikavälille.

Vuonna 2013 suurimmat investoinnit koskivat yliopistosairaaloiden modernisointia ja korjausrakentamista. OYS 2030 -hanke koostuu 6–8 erillisestä hankkeesta, joiden yhteenlaskettu investointiarvo on noin 500 miljoonaa euroa¹⁴. HYKS:n Trauma- ja Syöpäkeskushankkeisiin on varattu noin 250 miljoonaa euroa, samoin Keski-Suomen uusi keskussairaala on noin 250 miljoonan euron arvoinen. Etelä-Karjalan keskussairaalan modernisointiin on varattu 170 miljoonaa euroa. 25 suurimman rakennushankkeen yhteenlaskettu kokonaiskustannusarvo on 2,65 miljardia euroa¹⁴. Sairaalarakennushankkeet muuttuvat jatkuvasti, joten yhteenlaskettu kokonaiskustannusarvio on vain suuntaa antava.

Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan erikoissairaanhoidon rakennushankkeiden kustannusarvio on tällä hetkellä noin neljä miljardia euroa vuoteen 2020 mennessä. Arvioon liittyy epävarmuustekijöitä, koska kaikista hankkeista ei ole tehty lopullisia päätöksiä ja useita hankkeita on sairaanhoitopiireissä vasta suunnitteluvaiheessa. Osa sairaanhoitopiireistä on kuitenkin uusien tilojen rakentamisprojekteissa jo hyvinkin pitkällä ja osa on jo toteuttanut isoja hankkeita.¹⁵

14 Nordic Healthcare Group (2014) Sairaaloimijoiden kartoitus – TEKES. Loppuraportti. Tiedot pohjautuvat Punnonen 2013 Sairaanhoitopiirien rakennukset ja rakennushankkeet 2012 -selvitykseen. Kuntaliitto.

15 LUONNOS 4.5.2016; Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väli-aikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

LIITE 4. Arvioinnin toteuttajat

Arvioinnin vastuuryhmä

Pekurinen Markku (puheenjohtaja)
Santamäki-Vuori Tuire (varapuheenjohtaja)
Jonsson Pia Maria
Junnila Maijaliisa
Kovasin Merja
Nykänen Eeva
Syrjä Vesa

Arvioinnin muut toteuttajat

Angeria Minna
Hetemaa Tiina
Häkkinen Unto
Hämäläinen Päivi
Hämäläinen Riitta-Maija
Jousilahti Pekka
Keskimäki Ilmo
Linnanmäki Eila
Linnosmaa Ismo
Liukko Eeva
Luoto Eija
Muuri Anu
Nuorteva Leena
Parhiala Kimmo
Pohjola Pasi
Seppälä Timo T.
Ståhl Timo
Vähänen Miikka

Lisäksi arvioinnin taustatyöhön on osallistunut lukuisa määrä
THL:n eri alueiden asiantuntijoita

LIITE 5. Arviointityön yhteydessä kuullut asiantuntijat

Haastattelut ja kuulemiset liittyen hallituksen 7.11.2015 tekemiin linjauksiin

Asiantuntijahaastattelut

Ahopelto Maire, johtaja,
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

Honga Göran, johtaja,
Vaasan sairaanhoitopiiri

Huttunen Jussi, professori

Ihalainen Rauno, johtaja,
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Jokiranta Harri, projektinjohtaja,
Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuol-
lon palvelurakennemuutos

Jolkkonen Juha, vs. virastopäällikkö,
sosiaali- ja terveystieteiden, Helsingin kaupunki

Kaakinen Juha, toimitusjohtaja,
Y-sätiö

Kekkonen Raimo, johtaja,
Lohjan sairaanhoitoalue,
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HUS

Kinnunen Juha, johtaja,
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Kirmanen Tiina,
perhepalvelujen toimialan johtaja,
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Eksote

Kuosmanen Pekka, tuotantojohtaja,
Siun soten valmistelutiimi

Kuosmanen Taru, tilaajaryhmän johtaja,
Tampereen kaupunki

Leskinen Hannu, johtaja,
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri;

Linden Aki, johtaja,
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HUS

Linnamaa Reija, strategiajohtaja,
Tampereen kaupunki

Metso Juha, perusturvajohtaja,
Espoon kaupunki

Nenonen Kari, kaupunginjohtaja,
Vantaan kaupunki

Nieminen Markku S., toimialajohtaja,
Sydän- ja keuhkokeskus HYKS

Paavola Silja, puheenjohtaja,
Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry

Panhelainen Pia, osastopäällikkö,
Perhe- ja sosiaalipalvelujen osasto,
Helsingin kaupunki

Pisto Ahti, johtaja,
Satakunnan sairaanhoitopiiri

Puro Markku, yhtymäjohtaja, eläkkeellä

Pärnänen Heikki, johtaja,
Suomen Lääkäriliitto

Pääkkönen Tuomo, lääkintöneuvos

Ristimäki Tero, puheenjohtaja,
Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijär-
jestö Talentia ry

Salminen Jukka T., apulaiskaupunginjohtaja,
Vantaan kaupunki

Vesivalo Rauno, puheenjohtaja,
Tehy ry

Ylitalo-Katajisto Kirsti, hyvinvointijohtaja,
Oulun kaupunki

Kansalaisjärjestöjen kuulemistilaisuuteen kutsuttujen järjestöjen asiantuntijat, jotka olivat läsnä tai toimittivat kannanottonsa jälkikäteen

Haapakoski Jukka, puheenjohtaja,
Työttömien Valtakunnallinen
Yhteistoimintajärjestö TVY ry

Kumpula Yrjö, koulutettu kokemusasiantuntija,
KoKoA - Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry

Könkkölä Kalle, toiminnanjohtaja,
Vammaisfoorumi ry

Liimatainen Ville, toiminnanjohtaja,
Päihdehuollon valtakunnallinen
yhteistyöryhmä PÄIVYT

Markkula Heli, asiantuntija,
Suomen Nuorisoyhteistyö - Allianssi ry

Norrback Ole, puheenjohtaja,
Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry /
Svenska Pensionärsförbundet rf

Opari Päivi, erityisasiantuntija,
SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

Pajunen Tarja, sosiaalipoliittinen asiantuntija,
Eläkkeensaajien Keskusliitto EKL ry

Ruishalme Outi, kriisikeskustoimintojen johtaja,
Suomen mielenterveysseura

Salin Riitta, toiminnanjohtaja,
Monikulttuurijärjestöjen yhteistyöverkosto
Moniheli ry

Tuomi Marja, toiminnanjohtaja,
Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry

Viljanen Maria, päällikkö,
Suomen Punainen Risti

Palvelujen integraation toteutuminen -arviointikohteen yhteydessä haastatellut asiantuntijat

Aalto Heli, projektipäällikkö,
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Harju Mari, kehittämissuunnittelija,
Tampereen kaupunki

Heikkilä Marja, hankepäällikkö,
Jyväskylän kaupunki

Helttunen Erja, hankesuunnittelija,
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

Kinnunen Sari, hanketyöntekijä,
Kokkolan kaupunki

Koikkalainen Päivi, hanketyöntekijä,
Jyväskylän kaupunki

Niemi Anu, ylilääkäri,
perusterveydenhuollon yksikkö,
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelut

Oksman Erja, hankejohtaja,
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Piippola Anu, hanketyöntekijä,
Kokkolan kaupunki

Savelius-Koski Eija, kehittäjäsosiaalityöntekijä,
Pohjois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus

Tuominen Tuula, kehittämissuunnittelija,
Tampereen kaupunki

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö ja ohjaustarpeet -arviointikohdetta komentoineet asiantuntijat

Brax Tuija, toiminnanjohtaja,
Sydäntautiliitto

Kokko Simo, ylilääkäri,
perusterveydenhuollon yksikkö,
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely -arviointikohteen yhteydessä haastatellut asiantuntijat

Iivanainen Antti, toiminnan kehitysjohtaja,
Oy Apotti Ab

Koivusalo Yrjö, ohjausryhmän puheenjohtaja,
UNA-hanke

Haastattelut ja kyselyt liittyen hallituksen 5.4.2016 tekemiin linjauksiin

Asiantuntijahaastattelut

Ahopelto Maire, johtaja,
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

Huhtala Anni, ylijohtaja,
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Ihalainen Rauno, johtaja,
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Jolkkonen Juha, vs. virastopäällikkö,
sosiaali- ja terveysvirasto, Helsingin kaupunki

Kalijärvi Teemu, tuloksellisuustarkastus-
päällikkö,
Valtiontalouden tarkastusvirasto

Kekkonen Raimo, johtaja,
Lohjan sairaanhoitoalue, Helsingin ja Uuden-
maan sairaanhoitopiiri HUS

Kortelainen Mika, tutkimusohjaaja,
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Koskinen Mikko, johtava tuloksellisuustarkastaja,
Valtiontalouden tarkastusvirasto

Kuosmanen Pekka, tuotantojohtaja,
Siun soten valmistelutiimi

Lehtonen Lasse, hallintoylilääkäri,
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HUS

Lillrank Paul, professori,
Aalto-yliopisto

Linden Aki, johtaja,
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HUS

Mattila Jukka, johtajaylilääkäri,
Lapin sairaanhoitopiiri

Metso Juha, perusturvajohtaja,
Espoon kaupunki

Nurminen Juho, johtava tuloksellisuustarkastaja,
Valtiontalouden tarkastusvirasto

Salminen Jukka T., apulaiskaupunginjohtaja,
Vantaan kaupunki

Sulonen Arto, lakiasiain johtaja,
Kuntaliitto

Virtanen Martti, tutkimusjohtaja,
Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Yli-Viikari Tytti, pääjohtaja,
Valtiontalouden tarkastusvirasto

Rahoitusjärjestelmän toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa -arviointikohteen yhteydessä toteutettuun verkkokyselyyn vastanneet asiantuntijat

Auero Merja, johtava ylihammaslääkäri,
Helsingin kaupunki

Jokela Jari, johtaja,
Lapin sairaanhoitopiiri

Luukkonen Tuula, kunnanjohtaja,
Rääkkylän kunta

Marjamaa Patrik, talousjohtaja,
Vantaan kaupunki

Meklin Pentti, emeritusprofessori,
Tampereen yliopisto

Omar Ali, varatoimitusjohtaja,
Med Group Oy

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sote-uudistuksen valmistelun ja toimeenpanon tuen asiantuntijaryhmän jäsenet, jotka vastasivat kirjallisesti kysymyksiin hallituksen 5.4.2016 tekemien linjausten vaikutuksista

Hiilamo Heikki, professori,
Helsingin yliopisto

Huttunen Jussi, professori

Kananoja Aulikki, ylisosiaalineuvos

Kekomäki Martti, emeritusprofessori

Knaapi Anne, johtaja,
SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

Lehtonen Lasse, hallintoylilääkäri,
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HUS

Utriainen Pekka, liiketoiminnan johtaja,
suun terveydenhoito, Pihlajalinna Terveys Oy

Åstedt-Kurki Päivi, professori,
Tampereen yliopisto